

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

JOÃO PEDRO DANTAS ALKIMIM

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO COM PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JACOB JOSÉ PINTO, PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE, NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MINAS GERAIS

Uberaba / Minas Gerais
2018

JOÃO PEDRO DANTAS ALKIMIM

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO COM PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JACOB JOSÉ PINTO, PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE, NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MINAS GERAIS

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Selme Silqueira de Matos

Uberaba / Minas Gerais
2018

JOÃO PEDRO DANTAS ALKIMIM

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO COM PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JACOB JOSÉ PINTO, PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE, NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MINAS GERAIS

Banca examinadora

Examinador 1 – Profa. Dra. Selme Silqueira de Mato-UFMG

Examinador 2 – Profª Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de dezembro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa que compartilhou situações inoportunas que a vida me trouxe, mas com quem tenho o prazer de dividir os momentos em que a vida me sorriu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que são minha inspiração de coragem e aos meus irmãos que são minha fonte de alegria.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste estudo.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.

João Guimarães Rosa

RESUMO

A população de idosos em nossa área representa 39% da população, porém, segundo dados do IBGE de 2017, a população idosa no Brasil representa 12% da população total. Outra realidade deste grupo de pacientes é a polifarmácia que, em muitas situações, prejudica a comodidade posológica e compromete a utilização de maneira correta da medicação. O público alvo é de uma população envelhecida com alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus -DM, o que potencializa o aumento do risco cardiovascular. A polifarmácia é um fator agravante, pois compromete a eficácia do plano terapêutico instituído. Este estudo tem como objetivo geral: elaborar uma proposta de intervenção para melhoria do número de pacientes diabéticos e hipertensos bem controlados atendidos na Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto pela Equipe de Saúde da Família Cássio Rezende, no município de Uberaba/Minas Gerais. O método utilizado na construção deste projeto foi o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que propõe uma estratégia de abordagem em 4 momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A seguir, foi feita a revisão de literatura com busca na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Alguns dados foram extraídos da consulta a dados secundários da Unidade Básica de Saúde (UBS) e base de dados do Ministério da Saúde. Espera-se que a implementação deste projeto seja um marco na redução dos riscos cardiovasculares no território atendido pela equipe.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Polifarmácia. Risco Cardiovascular. Idosos.

ABSTRACT

The population of the elderly in our area represents 39% of the population, but according to data from the IBGE of 2017, the elderly population in Brazil represents 12% of the total population. Another reality of this group of patients is polypharmacy, which, in many situations, impairs the posologic convenience and compromises the correct use of the medication. The target population is an aging population with a high prevalence of Systemic Arterial Hypertension - SAH and Diabetes Mellitus - MD, which potentiates the increase in cardiovascular risk. Polypharmacy is an aggravating factor, since it compromises the effectiveness of the established therapeutic plan. This study has as general objective: to elaborate a proposal of intervention to improve the number of well-controlled diabetic and hypertensive patients attended at the Jacob José Pinto Basic Health Unit by the Team of Family Health Cássio Rezende, in the city of Uberaba / Minas Gerais. The method used in the construction of this project was the simplified method of Situational Strategic Planning (PES) that proposes a strategy of approach in four moments: explanatory, normative, strategic and tactical-operational. Next, the literature review was searched with a search on the Virtual Health Library (VHL) platform. Some data were extracted from the secondary data from the Basic Health Unit (UBS) and database of the Ministry of Health. It is expected that the implementation of this project will be a milestone in reducing cardiovascular risks in the territory served by the team.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Diabetes Mellitus. Polypharmacy. Cardiovascular risk. Seniors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRIA	Centro de Referência da Infância e Adolescência
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UER	Unidade Especializada em Reabilitação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade Regional de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados demográficos de acordo com o sexo na ESF Cássio Rezende, município de Uberaba no ano de 2017.....	27
Quadro 2	Distribuição etária por micro áreas da ESF Cássio Rezende, município de Uberaba no ano de 2017.....	28
Quadro 3	Distribuição percentual dos indicadores de risco por micro áreas da ESF Cássio Rezende, município de Uberaba, no ano de 2017.....	28
Quadro 4	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cássio Rezende, Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto, município de Uberaba, estado de Minas Gerais.....	29
Quadro 5	Capacidade técnica dos integrantes da UBS Jacob José Pinto, Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.	38
Quadro 6	Otimização terapêutica/ controle da polifarmácia dos integrantes da UBS Jacob José Pinto, Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais	40
Quadro 7	Hábitos alimentares inapropriados/ Sedentarismo dos integrantes da UBS Jacob José Pinto, Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais	41
Quadro 8	Controle dos níveis pressóricos e glicêmicos Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Aspectos Gerais do Município.....	13
1.2 Aspectos da Comunidade.....	14
1.3 Sistema Municipal de Saúde.....	16
1.3.1 Rede de Serviços.....	16
1.3.2 Comunidade da Área da Abrangência.....	19
1.4 Unidade de Saúde da Família Jacob José Pinto.....	19
1.5 Equipe de Saúde da Família Cássio Rezende.....	21
1.6 Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família Cássio Rezende..	21
1.7 O Dia a Dia da Equipe de Saúde da Família Cássio Rezende.....	24
1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade.....	25
1.9 Priorização dos Problemas – A Seleção do Problema para Plano de Intervenção.....	29
2 JUSTIFICATIVA.....	30
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo Geral.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	33
5.1 Diabetes Mellitus.....	33
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	33
5.3 Polifarmácia.....	34
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	35
6.1 Descrição do Problema.....	35
6.2 Explicação do Problema.....	35
6.3 Seleção dos Nós Críticos.....	37
6.5 Desenho das Operações.....	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Uberaba é uma cidade localizada no interior do estado de Minas Gerais. Possui uma posição geográfica economicamente favorável, na região do Triângulo Mineiro. Pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e a microrregião do Alto Paranaíba.

Sua população, segundo a estimativa mais recente (realizada em 2017) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, foi de 328.272 habitantes. É o oitavo município mais populoso do estado e o 81º mais populoso do Brasil.

A construção de Brasília está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de Uberaba. Na década de 50, iniciaram-se os trâmites legais para construção de uma rodovia ligando o estado de São Paulo, a partir da cidade de Limeira à Brasília, passando por Uberaba.

A economia de Uberaba tem grande contribuição do setor de Serviços com 59,30%, causa da maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pela Indústria com 32,05% e pela Agropecuária com 8,65%. A pecuária teve notoriedade nacional já que foi pioneira ao introduzir a produção de raças indianas de gado no mercado pecuário brasileiro.

No mês de agosto, a praça em frente ao Santuário caracteriza a cultura católica da região, por meio de inúmeros fiéis que comparecem no intuito de demonstrar o seu compromisso como cristão. Vários fiéis vão ao Santuário para prestar homenagem a Nossa Senhora D' Abadia.

É o município polo de referência da macrorregião de saúde Triângulo do Sul em Alta Complexidade, sede da Superintendência Regional de Saúde Estadual (SRS), também referência para a microrregião de Uberaba em Média Complexidade. No ano de 2007, o município adotou as políticas em prol do Pacto pela Saúde, que é um arcabouço de mudanças institucionais instaurado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde. O Sistema de Saúde está organizado em Distritos Sanitários, e a

rede básica de atenção à saúde formatada em Estratégias de Saúde de Família, Unidades Básicas e Unidades Matriciais de Saúde.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.26 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Apresenta 97.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 90.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE

Segundo uma moradora do bairro Cássio Resende há 40 anos, o local foi uma fazenda da família Resende, o que deu origem ao nome do bairro. Nessa fazenda, foi feito um conjunto habitacional com aproximadamente 800 unidades financiadas pela Caixa Econômica Federal. As inscrições para adquirir uma unidade foram feitas na COAB e os moradores conseguiram adquirir os imóveis financiados em 25 anos. O bairro possui toda a infraestrutura de água, luz, esgoto e coleta de lixo. No bairro, tem uma igreja Católica e existe um comércio variado, concentrando-se principalmente na avenida Dr. José Maria Reis. Há uma creche comunitária, uma farmácia comunitária (Jesus Manzan) que arrecada e distribui medicamentos. Existe um ponto de drogas ao lado do posto de saúde que, segundo a usuária, é o maior problema do bairro.

Uma outra moradora do bairro Guanabara afirma que, no passado, o local era, também, uma fazenda da família Resende. Na verdade, houve um crescimento do bairro Cássio Resende com o posterior desmembramento para o bairro Guanabara. O maior problema do bairro é a falta de segurança, assaltos são frequentes e o asfalto do bairro está muito danificado. O comércio do bairro é incipiente, existem lojas de calçados e roupas, supermercado, padaria, salão de beleza e casa de ração para animais.

A área atualmente denominada como bairro Estados Unidos compreendia, no passado, quatro propriedades: a Chácara do Comércio, a Quinta da Boa Esperança, a dos Dominicanos e a dos Eucaliptos.

No bairro Estados Unidos, que compreende parte da área de abrangência da equipe, encontra-se o Sanatório Espírita, hospital psiquiátrico construído em 1934, uma instituição de caráter filantrópico que presta relevantes serviços à população de Uberaba e região.

A área possui um comércio forte, boa parte na rua Osvaldo Cruz. Aos sábados, acontece uma Feira Livre. O comércio popular de alimentos, produtos hortifrutigranjeiros, artesanato, entre outros produtos, é instalado na Rua Osvaldo Cruz, entre as Ruas Marquês do Paraná e General Osório.

Em 1887, foi construída a Chácara Quinta da Boa Esperança, que teve como seu primeiro proprietário, o baiano Crispiniano Tavares. Havia, também, a Chácara dos Eucaliptos ou Vila dos Eucaliptos, construída em 1916, por José Maria dos Reis, influente político local e estadual. Atualmente, na sede da antiga propriedade funciona o Museu de Arte Decorativa.

O bairro Quinta da Boa Esperança foi uma fazenda até o ano de 1965, pois, nesse ano, resolveram fazer um loteamento dando origem ao bairro. O bairro conta com infraestrutura de água, luz, esgoto e coleta de lixo. Segundo informações de um morador, a energia elétrica foi instalada em meados dos anos 80 e, pouco tempo depois, a água encanada. No bairro, localizam-se vários pontos de mina d'água. O maior problema do bairro são os terrenos baldios onde ocorre acúmulo de lixo e mato alto que propicia o aparecimento de animais peçonhentos. Como os outros locais da área de abrangência, a violência é constante bem como a falta de policiamento.

A comunidade é caracterizada por ser localizada no limite entre um dos bairros mais tradicionais da cidade (Bairro Estados Unidos) e outros bairros que são considerados como periferia. É uma área heterogênea com pessoas com condições sociais, culturais e econômicas completamente diferentes.

Uma parte da população possui planos privados e querem utilizar o SUS como um sistema complementar para conseguir pedidos de exames, renovações de receitas e solicitações de medicamentos sem o ônus natural que envolve a prestação de serviços. A cultura de que o "SUS é de graça" e que "o servidor público é obrigado a servir" muitas vezes leva ao desrespeito e à falta de reconhecimento da autonomia dos integrantes da equipe. Por outro lado, existem outros usuários que enxergam na unidade o único recurso disponível e a grande aliada de sua batalha diária, onde a mão do estado não

pode faltar. Nessa realidade é possível perceber como a percepção dos profissionais pode mudar a relação entre a unidade e a comunidade e o quanto essa percepção está associada ao “tempo de casa”. Para os membros da equipe, quanto mais o tempo se passa, torna-se mais fácil perceber os integrantes da comunidade e o seu lugar na relação com nossas atividades. Na área de abrangência, existem algumas iniciativas de trabalho na comunidade como um centro espírita conhecido popularmente como sanatório. Neste local, há alguns eventos que promovem distribuição de medicamentos e atendimentos médicos e psicológicos. Há também uma ONG que promove ações de acessibilidade no bairro para pessoas com deficiência visual.

1.3 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.3.1 REDE DE SERVIÇOS

- ATENÇÃO PRIMÁRIA:

O quadro de ESFs no município de Uberaba-Minas Gerais é composto por 17 unidades. O horário de atendimento é padronizado pela SMS de 07:00 as 17:00 horas. Nestas unidades podem atuar mais de uma ESF. Em nossa unidade, USF Jacob José Pinto há 2 Equipes Saúde da Família (ESF Cássio Resende e ESF Amoroso Costa).

- ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Abrange um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorpora a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados. Essa atenção considera cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológicos e ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, endoscopias, fisioterapia e terapias especializadas. Este nível de atenção é composto pelas seguintes unidades, CAISM – Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial “Inácio Ferreira”; CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; CRIA – Centro de Referência da Infância e Adolescência; CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento;

Farmácia Popular e farmácias dispensadoras de medicamentos; SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UER – Unidade Especializada em Reabilitação; URS Boa Vista – Unidade Regional de Saúde; URS São Cristóvão – Unidade Regional de Saúde; UPA Parque do Mirante – Unidade de Pronto Atendimento; UPA São Benedito – Unidade de Pronto Atendimento, e Serviço de Ambulâncias.

- ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O município conta com apenas 02 unidades de pronto atendimento, UPA – Unidade de Pronto Atendimento São Benedito e UPA – Unidade de Pronto Atendimento Abadia. A superlotação nas UPAs é uma realidade que gera procrastinação nos atendimentos de urgência e emergência médica.

- ATENÇÃO HOSPITALAR:

A Central Municipal de Regulação de Internações é responsável pela regulação do acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Atualmente há cogestão com a Secretaria de Estado da Saúde por meio de um sistema de regulação, o SUSFÁCIL.

- APOIO DIAGNÓSTICO:

O apoio diagnóstico está distribuído entre os diversos níveis de atenção e alguns exames de baixa complexidade são realizados com maior celeridade. Entretanto, exames de maior custo podem não fazer parte da realidade dos usuários do SUS. Exames laboratoriais como sorologia para dengue e isolamento viral são realizados em todas as unidades; e os hemogramas são realizados em todas as unidades matriciais. Outros exames como patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, endoscopias são realizados nos níveis de maior complexidade. Logo o usuário deve ser inserido na atenção especializada, por meio de central informatizada de regulação e marcação de procedimentos, que integra os níveis assistenciais.

- **RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:**

Os pontos de atenção são teoricamente integrados. Porém, observo que a morosidade nesta integração só ocorre quando em caráter de urgência ou emergência. As UPAs, a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar compõem juntamente com o SAMU, uma rede organizada de atenção às urgências, conseguindo operacionalizar de maneira eficiente a Regulação Médica. Contudo, no que diz respeito ao cuidado continuado, a relação entre os pontos de atenção deixa muita a desejar.

- **RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS:**

Na Central Municipal de Regulação, regulam-se as internações de urgência da macrorregião e eletivas da microrregião nos hospitais conveniados com o SUS, consultas em cardiologia para usuários do município de Uberaba e consultas especializadas para usuários da microrregião. A Central Municipal de Regulação de Consulta e Exames é responsável pelo agendamento dos usuários do município de Uberaba para as consultas especializadas e exames. O Tratamento Fora de Domicílio é o atendimento de saúde prestado ao usuário quando esgotados todos os meios de tratamento no município ou no estado de Minas Gerais. O Tratamento Fora do Domicilio apresenta como tratamentos mais encaminhados: transplante renal, de medula, hepático, pulmão e córnea.

- **CONSÓRCIO DE SAÚDE:**

O CISVALEGRAN é constituído pelos Municípios de Água Comprida, Conceição das Alagoas, Campo Florido, Delta, Pirajuba, Planura, Santa Juliana, Uberaba, Veríssimo e Carneirinho, todos no estado de Minas Gerais. Uberaba é município de referência polo da macrorregião de saúde Triângulo do Sul em Alta Complexidade, sede da Superintendência Regional de Saúde Estadual (SRS), e também referência para a microrregião de Uberaba em Média Complexidade.

- MODELO DE ATENÇÃO:

Sob a minha percepção subjetiva é possível dizer que a ESF vem aumentando o acesso aos serviços incorporando o acolhimento e humanização nas redes assistenciais de saúde. Contudo, constato que o foco no modelo biomédico evidencia os aspectos patológicos e descharacteriza a proposta atual do conceito de saúde. Mesmo que existam recomendações e políticas de um modelo inovador em relação ao paradigma biomédico, as barreiras para sua implementação ainda são fatores determinantes.

1.3.2 - COMUNIDADE DA AREA DE ABRANGÊNCIA

ESF Cássio Resende (Parte do Bairro Estados Unidos, Conjunto Guanabara, Quinta da Boa Esperança, Cássio Resende I e II)

1.4 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JACOB JOSÉ PINTO

A Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto foi inaugurada na década de 70, tendo recebido esse nome em homenagem ao pai do então prefeito Dr Silvério Cartafina. Localizava-se inicialmente na Rua LeonardusPaulusSmeele – S/N, conjunto Cássio Resende, tendo sido o terreno doado pela associação do bairro, onde a prefeitura construiu então a UBS. A partir de 4/11/93, passou a funcionar na Rua Dr. José Maria Reis, 640, Bairro Cássio Resende, aí permanecendo até hoje. Situa-se em local plano, de fácil acesso para grande parte de sua área de abrangência, mas nem tanto para as comunidades do José Bernardino e Tita Rezende.

Os bairros atendidos pela Unidade são Estados Unidos, Cássio Resende I e II, Guanabara, Frei Eugênio, Residencial Estados Unidos (EEUU), Quinta Da Boa Esperança, Residencial Abel Reis, Parque Do Mirante, Jardim Do Lago, Flamboyant, Josa Bernardino e Tita Rezende e parte do Bairro Amoroso Costa (Av. São Paulo, Rua Homero Vieira de Carvalho, Rua Deoclides Teles e Rua Divinópolis). A população total da área de abrangência é de aproximadamente 35.000 pessoas e foi estimada a partir do levantamento do nº de hidrômetros dos respectivos bairros abrangidos.

No presente, a Unidade conta com duas Equipes de Saúde da Família e com alguns profissionais de rede, a saber:

- ESF Cássio Rezende: 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 médico, 6 agentes comunitários, 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal.
- ESF Amoroso Costa: 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 médica, 6 agentes comunitários, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal.
- Rede: 1 coordenadora, 1 psicóloga, 2 dentistas, 1 auxiliar de cirurgia dentista, 1 ginecologista, 2 técnicas de enfermagem, 4 apoio administrativos, 1 servente sanitária e 2 vigias.
- NASF: 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista.

Além disso, a Unidade funciona, também, como ponto de apoio para uma equipe de agentes de endemias.

Em 1992, ocorreu a implantação do primeiro Conselho Local de Saúde da Unidade, que, embora tenha sido temporariamente desativado, voltou a se reunir mensalmente a partir de 2007, mas ainda é necessário um amadurecimento das relações no sentido de que ocorra uma participação efetiva nos planejamentos das ações em detrimento da simples fiscalização.

A Unidade é pequena para uma área de abrangência tão grande e necessita urgentemente de reforma e ampliação. As reuniões com a comunidade, reuniões de funcionários e os grupos operativos só podem ser realizados na sala da psicologia, pois é a única sala em que cabe um pouco mais de pessoas, embora não muitas. Entretanto, ela nem sempre pode ser cedida pelos psicólogos. Grande parte do mobiliário da Unidade é antiga e necessita ser trocada. Alguns quesitos exigidos pela vigilância sanitária ainda não estão contemplados na Unidade tais como torneiras sem o acionamento manual, termômetro de ambiente, telas milimétricas nas janelas, falta de monitoramento químico e biológico do processo de esterilização, entre outros. A reposição dos materiais pelo CEMED também tem falhado muitas vezes, ocasionando falta de materiais. Todos esses problemas acabam por influir de forma relevante no funcionamento da Unidade.

Outro ponto relevante é a área destinada à recepção que é pequena, na verdade é um corredor que comunica ambas as salas. Isso gera um desconforto, já que atrapalha em algumas vezes o acolhimento. Em situações

de maior movimento, os usuários tentam resolver sua demanda entre o vai-e-vem dos profissionais no corredor gerando frequentemente um constrangimento por respostas rápidas e a atenção de muitos expectadores. Este ponto desagrada tanto os profissionais que não podem fazer um acolhimento adequado e, também, os usuários que em meio a situação pouco tem culpa de não entenderem a organização do serviço. A unidade, também, carece de instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. Esse é um agravante que limita a atuação do médico e causa encaminhamentos desnecessários para pequenas cirurgias.

1.5 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE

A ESF Cássio Resende atende aos bairros Cássio Resende I e II, Conjunto Guanabara, Quinta da Boa Esperança e parte do bairro Estados Unidos. A equipe está completa sendo composta por uma enfermeira, um médico, seis ACS e uma auxiliar de saúde bucal (ASB). No momento, a ESF não conta com dentista, pois está em processo de aposentadoria.

1.6 FUNCIONAMENTOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE

A Unidade funciona das 7:00 as 17:00 horas com o seguinte fluxo:

ACOLHIMENTO

Diariamente, o paciente é recebido pela recepcionista e redirecionado para os diversos profissionais, tais como enfermeiros, dentistas, técnicos, agentes comunitários e outros, a fim de que seja realizado um acolhimento mais específico na área solicitada.

ATENDIMENTO MÉDICO CLÍNICO

O agendamento de consultas médicas é realizado na quinta-feira a partir das 07:00 horas por ordem de chegada e o atendimento é realizado da seguinte forma: terça-feira (manhã e tarde), quarta-feira (tarde), quinta-feira (manhã e tarde).

RENOVAÇÃO DE RECEITAS MÉDICAS

Ocorre na sexta-feira à tarde e na quarta-feira de manhã.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Diariamente é realizado, teste do pezinho, aferição de pressão arterial e glicemia, vacina, entrega de medicação, administração de medicação, curativo, retirada de pontos, orientações.

ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL

Quinta-feira (tarde) na ESF Cássio Rezende

ATENDIMENTO DE PUERPÉRIO

Livre demanda

ATENDIMENTO DE PAPANICOLAU

Segunda-feira (manhã e tarde) na ESF Cássio Rezende:

SALA DE VACINA

Segunda-feira a sexta-feira – 08:00 às 16:00horas

GRUPO HIPERDIA

Quarta-feira e sexta-feira (manhã)

Grupo de Tabagismo, segunda-feira (manhã), atende demandas da USF.

ATENDIMENTO DOMICILIAR

ESF Cássio Rezende, quarta à tarde e quinta pela manhã (enfermeira), sexta-feira à tarde (médico), sexta-feira à tarde (dentista).

EDUCAÇÃO CONTINUADA

ESF Cássio Rezende, Sexta-feira as 15:30 horas.

VISITAS DOMICILIARES DOS ACS

Ocorrem de segunda a sexta-feira nos períodos da manhã e da tarde, exceto nos períodos em que há educação continuada, grupos, reuniões de equipe e Programa Saúde na Escola. Além disso, em alguns momentos, quando há necessidade e há falta de profissionais no setor, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e CPD colocar por extenso, o que faz com que diminua o número de visitas e de acompanhamento das famílias.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO CLÍNICO

Os cirurgiões dentistas realizam na clínica procedimentos de promoção, prevenção e reabilitação característicos da Atenção Básica e, para tanto, fazem um revezamento na utilização dos equipamentos da seguinte forma:

- ESF Cássio Rezende: No momento a equipe não conta com dentista.
- Rede 1: Quarta-feira (manhã e tarde), quinta-feira (tarde), sexta-feira (manhã e tarde)
- Rede 2: Segunda a sexta-feira (manhã).

A porta de entrada aos serviços odontológicos da USF se dá por meio de:

- Busca ativa de pacientes considerados em risco social ou biológico;
- Acolhimento à demanda espontânea realizado de segunda-feira a sexta-feira de 07:00 as 07:30 e 13:00 as 13:30, onde são priorizados os usuários com sintomatologia aguda ou lesões em tecidos moles.
- Agendamento, na medida do possível, de pacientes do acolhimento que apresentem lesões de cárie ou doença periodontal ativa (pacientes risco 1)
- Agendamento realizado às terças-feiras no período matutino para pacientes risco 2 e risco 3, cujas vagas são disponibilizadas de acordo com o término de tratamentos já iniciados.

Pacientes que necessitam de atenção especializada para tratamento endodôntico, cirúrgico, periodontal ou odontopediátrico são referenciados para o Centro de Especialidades Odontológicas. Faltas sem justificativas na primeira consulta ou em número maior do que duas, ao longo do tratamento, acarretam

na perda da vaga para o bem de outros pacientes que se encontram aguardando uma chance para atendimento.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

ESF Cássio Rezende: Quarta-feira (tarde) e quinta-feira (manhã).

Nos últimos três meses, houve melhorias no funcionamento da USF Jacob José Pinto em geral e na Odontologia em particular, que se refletiram positivamente no andamento dos serviços. Houve reposição, ainda que parcial, de RH para suprir as demandas de ASB, ACS, Enfermeira, Técnico de Enfermagem e serviços gerais. A composição das equipes é de suma importância para o bom funcionamento da unidade como um todo e nos resultados do monitoramento em saúde da comunidade.

A gestão compartilhada com a Referência Técnica da Odontologia tem permitido que o funcionário participe da tomada de decisões e conseqüentemente se envolva mais com o trabalho. A realização da Semana da Saúde Bucal permitiu uma intensa mobilização da Unidade de Saúde para a busca ativa de lesões bucais e despertou a todos para a importância do cuidado em saúde bucal. Além disso, a contratação de uma nova equipe de manutenção tem dado melhor suporte no conserto dos equipamentos, evitando que o serviço pare a toda hora. Deve-se pontuar também que a gerência tem realizado reuniões periódicas com todos os funcionários com o intuito de melhorar as relações interpessoais e comunicação dentro da unidade. Nessas reuniões são pontuadas as necessidades e, na medida do possível, tem se buscado soluções junto aos funcionários e também junto à SMS para ações de prevenção de riscos na saúde dos usuários..

1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CÁSSIO REZENDE

Os atendimentos da ESF Cássio Rezende são balizados pela equipe para que consigamos fazer o acompanhamento dos usuários inseridos nos programas de atenção básica, como pré-natal, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, atendimento a usuários com tuberculose, atendimentos ao tabagista, acompanhamento do crescimento

e desenvolvimento infantil, além de atendimentos à demanda espontânea, triagem e orientação aos usuários.

Do ponto de vista médico, mais de 50% do tempo é ocupado por atendimento programado (consultas médicas agendadas) e demanda espontânea. Existe uma pressão da própria comunidade sobre a equipe, a fim de resolver parte da demanda represada pelo sistema hospitalocêntrico. Os grupos são realizados duas vezes por semana todas as quartas e sextas pela manhã. Em minha opinião, é o maior trunfo da equipe, já que é a atividade que melhor executa o conceito mais moderno de saúde. Existe, neste dia, muita interação com a população e num formato que permite o líder do grupo orientar discussões e re-significar conceitos por meio de discussões de temas pré-selecionados pela equipe. Sobre o condicionamento da troca de receitas, ainda é comum essa prática e esta realidade deve ser discutida de maneira cuidadosa, já que ainda ocorre alguma resistência em nossas tentativas de vincular o usuário sem que ele tenha uma necessidade fisiopatológica evidente.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

Dentre os principais problemas que comprometem a eficácia de nossas atividades, podemos citar a área de abrangência da USF que é muito maior do que a equipe e a estrutura comportam.

O saneamento está comprometido, já que muitos moradores ainda descartam entulhos em terrenos baldios, em áreas públicas não utilizadas

Há uma alta prevalência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e, em algumas micro áreas, o cadastramento está aquém do esperado, logo é de se esperar que haja um risco cardiovascular aumentado nesta população, devido à alta prevalência destas doenças subjacentes.

Há, também, extrema sobrecarga de trabalho com atividades burocráticas e conseqüente falta de planejamento e direcionamento das ações às reais necessidades da comunidade, excesso de tempo dedicado à demanda espontânea em detrimento da demanda programática e processos de trabalho deficientes.

A estrutura física é inadequada com falta de manutenção da estrutura predial, salas com goteira e mofo, falta de ventilação adequada (salas muito quentes), falta de salas para atendimento e reuniões, falta de computadores, rede elétrica com problema, falta de funcionários na Unidade (clínico geral de rede, pediatra de rede, enfermeira de rede, administrativo, limpeza), falhas na comunicação, falta de insumos (limpeza, médico hospitalar e higiene pessoal), falta de crachás e uniforme e falta de manutenção dos equipamentos.

Dentre os problemas prioritários, o gap temporal que existe entre o requerimento da propedêutica pelo médico e o retorno do paciente com os resultados é um problema muito importante, logo não posso deixar de descrevê-lo. Contudo, pela falta de governabilidade para resolvê-lo a descrição deste problema será apenas de cunho didático. Sobrecarga de trabalho; infraestrutura deficiente; Baixa cobertura de HAS e DM em algumas micro áreas; Saneamento básico inadequado; Área de abrangência maior do que a equipe comporta; Falta de referência e contra referência/tempo de espera da propedêutica básica.

A dimensão mais visível deste problema é falta de resolubilidade dos problemas de saúde da população, especialmente os que dependem de propedêutica avançada. Algum paciente com uma provável cardiopatia descompensada, um distúrbio de condução cardíaco, ou uma doença degenerativa osteomuscular podem ter o seu tratamento comprometido já que dependemos de tecnologias duras para estratificação diagnóstica e direcionamento do plano terapêutico.

Ainda que se utilizem técnicas semiológicas, anamnese e exame físico bem feito existem situações que só podem usufruir de uma intervenção médica bem-sucedida quando atrelada à propedêutica mínima essencial.

Apesar do privilégio da nossa comunidade situar-se em uma região que dispõe de um centro tecnológico e de uma rede de cuidados em saúde muito ampla, há uma insuficiência na prestação deste serviço. Em nosso cenário convivemos com a demora na realização de exames básicos que são escalonados em uma “fila eletrônica” e, algumas vezes, existe um tempo de espera de até 8 meses para sua realização. Dentre eles, estão exames mínimos como ultrassonografia; radiografia; eletrocardiograma e exames laboratoriais. Há um intervalo ainda maior para exames mais complexos como tomografia

computadorizada e endoscopia/colonoscopia. Estes, apesar de solicitados na atenção secundária, refletem o problema na ESF, já que a população sem resposta e à espera dos exames, volta ao serviço de entrada (atenção primária). O problema estaciona em uma fase muito inicial onde nem mesmo o diagnóstico foi fechado.

Quadro1 – Dados demográficos de acordo com o sexo na ESF Cássio Rezende, município de Uberaba no ano de 2017.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	10	7	17
1-4 ANOS	31	29	60
5-14 ANOS	86	83	169
15-19 ANOS	54	42	96
20-29 ANOS	139	90	229
30-39 ANOS	99	138	237
40-49 ANOS	117	117	234
50-59 ANOS	133	186	319
60-69 ANOS	146	253	399
70-79 ANOS	105	185	290
80 ANOS E MAIS	44	110	154
TOTAL	964	1240	2204

Fonte: ficha de cadastramento domiciliar - 2017

Quadro 2 - Distribuição etária por micro áreas da ESF Cássio Rezende, município de Uberaba no ano de 2017.

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6
0-1 ANO	1	3	2	7	2	2
1-4 ANOS	7	10	16	14	6	7
5-14 ANOS	30	29	33	38	11	28
15-19 ANOS	10	19	18	22	15	12
20-29 ANOS	37	42	25	54	28	43
30-39 ANOS	40	42	42	46	23	44
40-49 ANOS	36	46	37	51	54	40
50-59 ANOS	55	48	48	64	47	57
60-69 ANOS	69	75	70	62	53	70
70-79 ANOS	52	51	54	35	46	52
80 ANOS E MAIS	28	34	11	15	34	52
TOTAL	365	399	356	408	289	387

Fonte: ficha de cadastramento domiciliar - 2017

Quadro 3 - Distribuição percentual dos indicadores de risco por micro áreas da ESF Cássio Rezende, Município de Uberaba, no ano de 2017.

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	TOTAL
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	149(41%)	160(40%)	135(39%)	112(27%)	133(46%)	174(45%)	863(39%)
Portadores de hipertensão arterial esperados:	93	102	135	104	74	99	607
Portadores de hipertensão arterial cadastrados:	136	140	106	79	63	130	654
Relação hipertensos esperados/cadastrados	146%	137%	78%	76%	85%	131%	108%
Portadores de diabetes esperados:	32	36	30	36	25	34	193
Portadores de diabetes cadastrados:	39	50	53	33	31	44	250
Relação diabéticos esperados/cadastrados	121%	138%	176%	92%	124%	129%	129,5%

Fonte: ficha de cadastramento domiciliar - 2017

1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA O PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 4- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cássio Resende, Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto, Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfretamento	Seleção
Sobrecarga de trabalho	Alta	7	Parcial	2
Infraestruturadeficiente	Alta	4	Fora	5
Baixa cobertura de HAS e DM em algumas micro áreas	Alta	8	Parcial	1
Saneamento básico inadequado	Alta	3	Fora	6
Área de abrangência maior do que a equipe comporta	Alta	5	Fora	4
Falta de referência e contra referência/tempo de espera da propedêutica básica	Alta	6	Fora	3

Na priorização dos problemas, a nota máxima foi atribuída ao item que apresentou grande impacto sobre a saúde da comunidade, mas que também apresentou características essenciais à um plano de intervenção. O fato de apresentarmos governabilidade sobre o problema abre a possibilidade de mudança. Outro problema como a “falta de referência e contra referência/tempo de espera na fila eletrônica”, apesar de ser o eixo de uma série de questões a serem resolvidas, está fora do nosso campo de intervenção e teve pontuação menor. Logo, a pontuação trouxe à tona os problemas que mais afligem e que são mais passíveis de mudança. O problema priorizado foi a “Baixa cobertura de HAS e DM em algumas micro áreas”.

2 JUSTIFICATIVA

A opção pela abordagem do risco cardiovascular da população é decorrente da alta prevalência de DM e HAS e há uma expectativa de que a população esteja acima da média esperada, já que os valores relacionados mostraram uma proporção aumentada. Ao realizarmos uma avaliação dos indicadores em nossa comunidade e as estimativas fornecidas pelo Ministério da Saúde (MS) é possível observar uma desproporção que indica uma porcentagem de idosos em nossa área muito acima do esperado (275% acima da média nacional).

É possível observar que os valores obtidos pelo cadastramento mostram que a população de diabéticos e hipertensos está acima das estimativas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Além disso, o fato de que a nossa área de cobertura é maior que a suportada pela unidade nos faz presumir uma piora destes resultados. Corrobora, também, para o agravamento desta estimativa o fato de que há uma sobrecarga de atividades na equipe e este problema interfere no cadastramento da população. Estes dois pontos nos mostram que nossa população tem uma prevalência de DM e HAS aumentadas.

Além disso, todas essas variáveis podem ser pioradas por falta de adesão ao tratamento e estilo de vida inadequado. Nossa população sofre com estes problemas e a polifarmácia também está atrelada de maneira intrínseca a população idosa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

-Elaborar uma proposta de intervenção para Risco Cardiovascular aumentado com prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para a população atendida na Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto, pela Equipe de Saúde da Família Cássio Rezende, no município de Uberaba/Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional, construído por meio de reuniões com a equipe do PSF Cássio Rezende, conversas com a comunidade, sobretudo, com os moradores mais antigos da comunidade e com conhecimento da história local. O método utilizado na construção deste projeto foi o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que dispõe sobre uma estratégia de abordagem em 4 momentos -explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (FARIA; CAMPOS SANTOS, 2010).

Foi realizada uma revisão da literatura para dar corpo teórico a este trabalho, sobretudo a busca na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio dos seguintes descritores: Idosos, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Polifarmácia e Risco Cardiovascular. Alguns dados foram extraídos da consulta a dados secundários da Unidade Básica de Saúde (UBS) e base de dados do Ministério da Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus é uma síndrome complexa, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Sua principal característica é o metabolismo anormal dos carboidratos (manifestando-se como hiperglicemia crônica), mas também apresenta frequentemente distúrbios do metabolismo de lipídios (dislipidemia) e proteínas (GROSS et al., 2002).

Tem diversas etiologias, mas as principais são o Diabetes tipo 1 (antigamente conhecido como “Diabetes juvenil” ou “Diabetesinsulinodependente”) e o Diabetes tipo 2 “Diabetes do adulto” ou “não insulinodependente”) (SOCIEDADE BRASILEIRA , 2006).

O Diabetes tipo 2, tipo mais comum de Diabetes (correspondendo a cerca de 90% dos casos) se associa, na maioria dos casos, à hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso e disfunção endotelial, culminando em grande aumento de risco para eventos cardiovasculares (AUCI et al, 2003).

O diabetes é uma doença com incidência crescente, tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda um maior incremento.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) afirma que o Diabetes Mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento.

Para o IDFC(2015), o aumento da prevalência do Diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, a maior sobrevivência dos indivíduos com Diabetes.

5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

De acordo com a 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial (2016), essa patologia é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo,

sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

A HAS é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterial coronária, na insuficiência cardíaca, na insuficiência vascular periférica (HARRISON'S, 2003). A hipertensão arterial sistêmica é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MALACHIAS et al, 2016).

5.3 POLIFARMÁCIA

Por definição, a polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos uma medicação sem prescrição médica num rol de prescrições supostamente necessárias. Outro conceito intrinsecamente relacionado à polifarmácia é a iatrogenia medicamentosa que ocorre quando há um efeito patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos. Esses conceitos apontam para o risco potencial das interações medicamentosas da auto prescrição e da somatória destes problemas culminando até com uma intoxicação medicamentosa (SECOLI, 2010).

Alguns estudos apontam que uma proporção que oscila na casa dos 50% dos idosos não segue o plano terapêutico instituído pelo médico com falhas nos horários e doses da medicação prescrita (SECOLI, 2010).

Esses números podem ser correlacionados com muitas variáveis que contribuem para esse resultado como, por exemplo, os déficits visuais e auditivos que podem comprometer a cognição e a correta administração da medicação. Dentre outras patologias crônicas que podem interferir na correta administração dos medicamentos, estão doenças motoras como o Mal de Parkinson, neurológicas como o mal de Alzheimer, ou a demência (CORREIA; BARROS; BRAZÃO, 2017).

São vários os fatores que contribuem para que o idoso tenha uma predisposição proporcionalmente aumentada para não cumprir o plano terapêutico prescrito.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A alta prevalência dessas doenças pode estar associada aos fatores de risco que recaem sobre a população. O fato de a população de idosos em nossa área representar 39% da população total pode estar contribuindo para este resultado. Segundo dados do IBGE, a população idosa no Brasil representa 12% da população total (IBGE, 2017). É muito comum neste grupo de paciente a polifarmácia, que necessita ser revisada. Isso contribui para diminuir a eficácia da terapêutica instituída, já que, em muitas situações, a falta de comodidade posológica pode comprometer a utilização de maneira correta da medicação.

6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

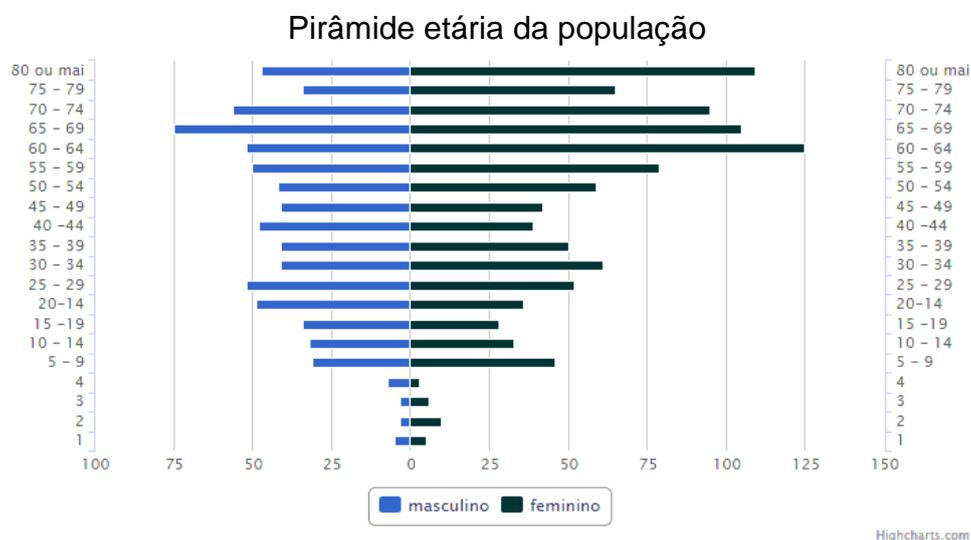
Temos uma população com maior prevalência de HAS e DM e a correlação com os fatores de risco é considerável. Estabelecido este critério podemos arguir que nossa população é uma população envelhecida com alta prevalência de HAS e DM e este cenário contribui para alguns desfechos, bem como:

- **Relacionado à HAS:**
 - Esclerose glomerular;
 - Insuficiência renal crônica;
 - Retinopatia hipertensiva;
 - Insuficiência cardíaca;
 - Acidentes vasculares
 - Dissecção de aorta.
- **Relacionado ao DM:**
 - Aumento de risco cardiovascular;
 - Retinopatia diabética;
 - Nefropatia diabética;
 - Pé diabético.

As duas patologias podem contribuir com:

- Perda de qualidade de vida;
- Perda de produtividade;
- Aumento de custos para o sistema de saúde;
- Aumento de internações.

TABELA 1– Pirâmide etária da população



Fonte: fichas de cadastro do arquivo da ESF-2017

Gráfico-1 Proporção de Diabéticos e Hipertensos no Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais .



Fonte: fichas de cadastro do arquivo da ESF-2018

6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

- Capacidade técnica dos integrantes da UBS Jacob José Pinto
- Otimização terapêutica/ controle da polifarmácia
- Hábitos alimentares inapropriados/ Sedentarismo
- Controle dos níveis pressóricos e glicêmicos

6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Quadro 5– Capacidade técnica dos integrantes da UBS Jacob José Pinto, Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Capacidade técnica dos integrantes da UBS Jacob José Pinto
Operação	Conhecer os parâmetros utilizados: medidas antropométricas (IMC, circunferência abdominal, percentual de gordura corporal); tabelas de curva pressórica; curva glicêmica, etc.
Projeto /resultados esperados	Na prática/ familiarizar a equipe com as tabelas e parâmetros utilizados. Equipe bem preparada para orientar os usuários
Produtos esperados	Capacitação da equipe com palestras e análise dos instrumentos utilizados
Recursos necessários	Organizacional: desenhar uma grade horária para os participantes do encontro com tempo exclusivamente reservado para realização da capacitação. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação
Recursos críticos	Político: adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Secretaria Municipal de Saúde - SMS (favorável) Gestor da UBS (favorável)
Ações estratégicas para a viabilidade	Reuniões multidisciplinares (ACS, enfermeiro, técnicos de enfermagem)
Prazo	Início em 3 meses e término após 4 encontros (2 meses)

Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Observar a habilidade em orientar a população sobre o registro dos parâmetros e a periodicidade das anotações. Discutir se houve repercussão no plano terapêutico e adesão ao tratamento, após grupos de HIPERDIA (dia em que será utilizado os instrumentos para cálculo de risco cardiovascular)

Quadro 6-, Otimização terapêutica/ controle da polifarmácia no Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Otimização terapêutica/ controle da polifarmácia
Operação	Diminuir a polifarmácia; uso correto das medicações
Projeto /resultados esperados	Diminuir a polifarmácia; eliminar o uso excessivo de medicações; melhorar a resposta terapêutica dos pacientes; uso de estojos para facilitar organização da medicação
Produtos esperados	Fazer revisão individualizada do plano terapêutico; otimizar prescrição e adesão ao plano terapêutico
Recursos necessários	Organizacional: estabelecer a agenda de atividades da ESF e comunicar à população alvo por meio das ACS. Cognitivo: revisão da literatura e atualização sobre o tema.
Recursos críticos	Políticos: motivação da equipe
Controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Gestor da UBS (favorável)
Ações estratégicas para a viabilidade	Apresentar projeto para Equipe e Gestor
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeira e gerente da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Fazer contabilidade do número de pacientes que faz uso de medicação desnecessária, auto prescrição e o número de pacientes que são encaminhados para o projeto afim da revisão da terapêutica. Em 3 meses fazer nova contagem e fazer estudo da proporção para análise de resultados

Quadro 7 – Hábitos alimentares inapropriados/ Sedentarismo no Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábitos alimentares inapropriados/ Sedentarismo
Operação	Mudança no estilo de vida
Projeto /resultados esperados	Sou 150 / estimular a prática de 150 minutos semanais de atividade aeróbica; reduzir as práticas alimentares indevidas
Produtos esperados	Implementar o Lian Gong(técnica de alongamento chinês)
Recursos necessários	Político: mobilização social e articulação com a SMS para disponibilizar educador físico para conduzir as práticas
Recursos críticos	Político: conseguir mobilização da população; organizar a agenda de atividades da UBS; Cognitivo: informação sobre o tema Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais
Controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Político: conseguir espaço para realizar a atividade
Ações estratégicas para a viabilidade	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, associação comunitária)
Prazo	Três meses para início das atividades
Responsável pelo acompanhamento das operações	Gerente da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Programa Lian Gong(técnica de alongamento chinês): aos 3 meses: programa implementado na ESF

Quadro 8 – Controle dos níveis pressóricos e glicêmicos no Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Controle dos níveis pressóricos e glicêmicos
Operação	Familiarizar a população com os instrumentos de controle (tabelas, glicosímetro, cuidados para aferir glicemia e pressão arterial)
Projeto /resultados esperados	Agora eu sei / comprometimento com o tratamento; monitoramento correto da doença; aumento do número de pacientes controlados
Produtos esperados	Orientação sobre manuseio e uso de insulina, técnicas de rodízio
Recursos necessários	Organizacional: estabelecer a agenda de atividades da ESF e comunicar à população alvo por meio das ACS. Cognitivo: revisão da literatura e atualização sobre o tema.
Recursos críticos	Político: motivação da equipe
Controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Equipe da ESF Jacob José Pinto
Ações estratégicas para a viabilidade	não
Prazo	Início em 3 meses, conclusão em 9 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento do número de Diabéticos e Hipertensos descontrolados por meio das fichas do HIPERDIA. Avaliar o número de descontrolados e comparar após 3 meses de programa

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi elaborado para o enfrentamento de um problema de forte impacto na promoção de saúde de uma população específica. Dentre os problemas de saúde observados, a alta prevalência de diabéticos e hipertensos constatada no diagnóstico situacional foi escolhida como alvo da intervenção proposta.

A revisão da literatura associada a este problema balizou a elaboração das propostas de intervenção e foi o instrumento que nos forneceu os principais conceitos a serem observados na preparação das atividades.

Por fim, já existem ganhos reais com esta produção que estabeleceu criteriosamente o comportamento de alguns marcadores epidemiológicos da população em estudo, além de documentar em gráficos e tabelas o seu perfil demográfico. Ademais, como consequência desse conhecimento acumulado, as propostas elaboradas têm a pretensão de serem coerentes com a realidade observada no estudo, melhorando a qualidade de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

AUCI, Anthony S. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. 2003.

CORREIA, Luís Marote; BARROS, Augusto; BRAZAO, Maria Luz. Polifarmácia, Fármacos Inapropriados e Interações Medicamentosas nas Prescrições de Doentes Nonagenários. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 24-29, mar. 2017.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. 97p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 123p

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **ArqBrasEndocrinolMetab**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, Feb. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população de 2014**. Brasília.

MALACHIAS, M. V.B. et al. 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **ArqBras Cardiol**, São Paulo, v. 107, n. 3, p.1-103, 2016.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização Brasileira Sobre Diabetes**. Rio de Janeiro: SBD, 2006.