

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCELA DE MELO GAJO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAMENTO DA
PREVENÇÃO DAS PRINCIPAIS MORBIDADES ENCONTRADAS NA
COMUNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PALMEIRAS, NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2019

MARCELA DE MELO GAJO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAMENTO DA
PREVENÇÃO DAS PRINCIPAIS MORBIDADES ENCONTRADAS NA
COMUNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PALMEIRAS, NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2019

MARCELA DE MELO GAJO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAMENTO DA
PREVENÇÃO DAS PRINCIPAIS MORBIDADES ENCONTRADAS NA
COMUNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PALMEIRAS, NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – orientadora (UFTM)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 29/03/ 2019

RESUMO

Conforme verificado em diagnóstico situacional da comunidade, o município de Bom Sucesso-Minas Gerais apresenta como principais causas de mortalidade e morbidade doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e seus eventos agudos consequentes. Essas comorbidades representam grande parcela dos gastos com saúde do município em todos os níveis de atenção, e indicam a falha da atuação preventiva para seu controle eficiente. O presente trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção que viabilize uma atuação preventiva mais eficaz à comunidade adscrita da Estratégia de Saúde da Família Palmeiras para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e suas complicações mais frequentes. Por meio de revisão bibliográfica em diversas bases de dados buscou-se informações sobre intervenções efetivas que poderiam ser realizadas por todos os componentes da equipe para envolver os usuários no tratamento de suas doenças de base e tornar a prevenção de descompensações mais efetiva. Com base nos dados obtidos elaborou-se uma proposta de intervenção sustentada em três pilares: educação continuada para os membros da equipe sobre as principais comorbidades presentes na comunidade, realização de grupos operativos para os usuários da unidade de saúde e implementação de fluxo para abordagem de crises hipertensivas. Com essa abordagem espera-se melhores resultados da atuação preventiva da atenção primária de saúde, com consequente diminuição da sobrecarga dos serviços de urgência e dos gastos municipais com doenças crônicas não transmissíveis e suas sequelas.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

As verified in a community situational diagnosis, the municipality of Bom Sucesso-Minas Gerais presents as main causes of mortality and morbidity chronic non-communicable diseases, such as Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus and its consequent acute events. These comorbidities represent a large part of the municipality's health expenditures at all levels of care, and indicate the failure of preventive action for its efficient control. The objective of this work is to elaborate an intervention project that will allow a more effective preventive action to the community attached to the Family Health Strategy for the control of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus and its most frequent complications. Through bibliographic review in several databases, information was sought on effective interventions that could be carried out by all the components of the team to involve the users in the treatment of their basic diseases and to make the prevention of decompensations more effective. Based on the data obtained, a proposal was developed based on three pillars: continuing education for the members of the team on the main comorbidities present in the community, realization of operative groups for the users of the health unit and implementation of the flow to approach hypertensive crisis. With this approach, better results are expected from the preventive action of primary health care, with consequent reduction in the overhead of emergency services and municipal expenditures with chronic non-communicable diseases and their sequels

Keywords: Health Education. Primary health care. Hypertension. Diabetes mellitus. Community Health Workers

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Aspectos gerais do município	7
1.2 Aspectos da comunidade	8
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde José da Mata Santiago	11
1.5 A O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Palmeiras	12
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Diabetes Mellitus	21
5.3 Prevenção e Tratamento	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

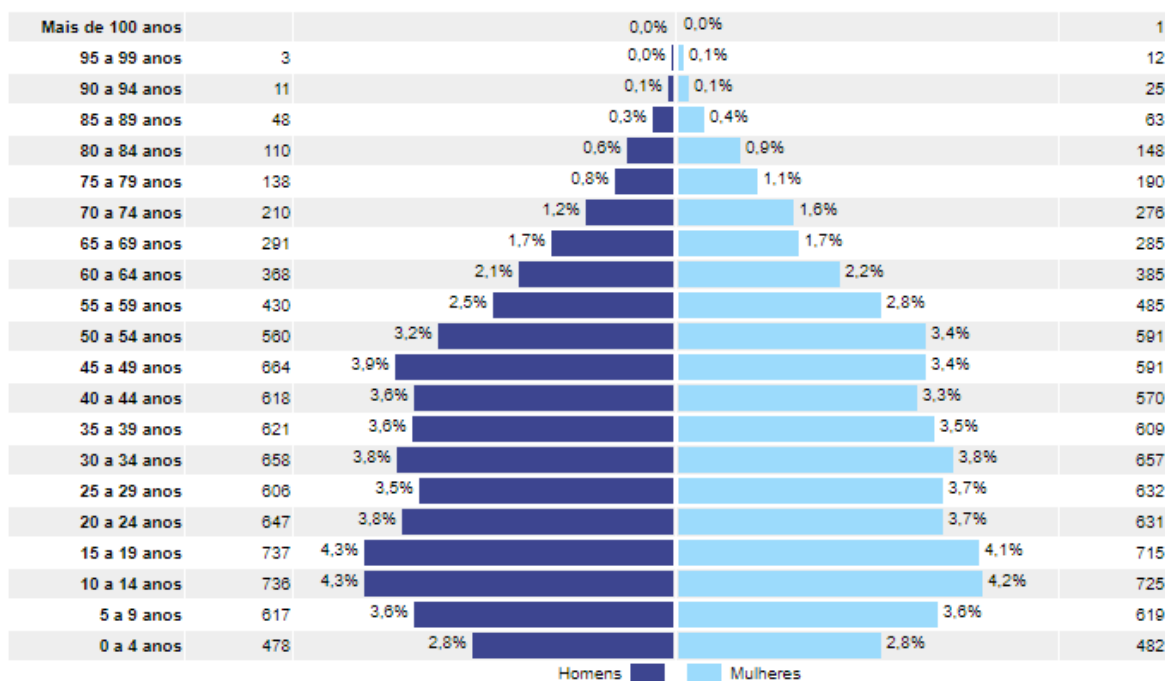
1.1 Aspectos gerais do município

A cidade de Bom Sucesso situa-se na Microrregião do Alto Rio Grande, no sul do estado de Minas Gerais, a 20km da rodovia Fernão Dias (BR 381) e está ligada às principais cidades da região por rodovias asfaltadas. No setor econômico, a agropecuária tem papel relevante sendo o café sua principal atividade, seguida do milho, feijão e rebanhos bovinos e suínos, além de uma bela bacia leiteira (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO, 2018). Tem uma população estimada de 17598 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Durante seus 281 anos de história, a cidade manteve como principal fonte de renda a agropecuária e o comércio. A população economicamente ativa está distribuída entre serviços de comércio e atuação na colheita do café. Segundo o IBGE, em 2010, 37,57% das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município trabalhavam no setor agropecuário, 0,33% na indústria extrativa, 4,42% na indústria de transformação, 7,27% no setor de construção, 0,78% nos setores de utilidade pública, 13,00% no comércio e 33,22% no setor de serviços. Como grande parcela dos habitantes é empregada somente durante a safra do café (maio a setembro), os aspectos sociais e econômicos da cidade também apresentam essa sazonalidade (IBGE, 2010).

O município está em transição demográfica (Figura 1), apresentando crescimento exponencial da população idosa e diminuição da taxa de fecundidade. Entretanto, essa evolução não foi acompanhada por uma evolução proporcional da estrutura de suporte, principalmente no sistema de saúde.

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Bom Sucesso (MG) - 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)

O sistema de saúde da cidade não consegue suprir a demanda dos usuários, principalmente após o envelhecimento da população. O sistema é organizado de acordo com a estratégia de saúde da família há mais de dez anos, contando com sete equipes na atenção básica, sendo cinco urbanas e duas rurais. Conta também com uma unidade de atenção terciária, a Santa Casa; porém essa apresenta pouca disponibilidade de recursos diagnósticos sendo os casos mais complexos referenciados, em sua maioria.

Atualmente, os maiores problemas enfrentados pelo município têm relação com o aumento exponencial do uso e tráfico de drogas na região. As internações compulsórias em unidades terapêuticas para dependentes tornam-se cada vez mais necessárias, e os gastos com a saúde desses indivíduos crescem de maneira proporcional. Além disso, o maior uso dessas substâncias vem acompanhado do aumento da violência urbana, tendo sido notificados quatro casos de homicídio em 2017.

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade que frequenta a Unidade de Saúde José da Mata Santiago é constituída por cerca de 2.800 habitantes (e-SUS, 2018), e fica localizada parte em região central e parte em região periférica do município, englobando os bairros Palmeiras e São Judas. A população

residente trabalha e obtém renda principalmente na área de comércio e serviços. Grande parte dos indivíduos depende de renda sazonal oriunda da colheita do café. Dessa maneira, o número de desempregados na área é extremamente flutuante e dependente da produção agrícola da região. Um dos destaques negativos da comunidade é que abriga um dos pontos de tráfico de drogas da cidade, ocorrendo eventualmente disputas entre os traficantes que residem no bairro.

Há grande variedade de moradias na área, sendo poucas dessas consideradas precárias. Toda a área conta com fornecimento de água tratada, energia elétrica e sistema de esgoto público. O analfabetismo é frequente nos casos de indivíduos mais idosos, mas inexistente na população mais jovem. Praticamente a totalidade das crianças e adolescentes encontra-se matriculada em escolas, sendo a evasão escolar para inserção no mercado de trabalho infrequente. Assim como no restante do município, a comunidade da região mantém as tradições da população rural brasileira e participa principalmente das festas religiosas da cidade.

As principais causas de óbitos na comunidade se assemelham a epidemiologia brasileira, estando relacionadas com as doenças crônicas cardiovasculares. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constituem as maiores causas tanto de óbito quanto de morbidade na comunidade Palmeiras, e no município de Bom Sucesso. Com uma população com percentagem significativa de idosos e portadores de doenças crônicas (Tabela 1), as principais causas de internação consistem de descompensações das afecções crônicas, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Há também número crescente de internações por complicações de afecções neoplásicas.

Tabela 1- Indicadores de morbidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Palmeiras

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	MICRO 7	TOTAL
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total da ESF	60/2800= 2,1%	70/2800= 2,5%	88/2800= 3,1%	62/2800= 2,2%	74/2800= 2,6%	78/2800= 2,7%	76/2800= 2,7%	508/2800= 18,1%
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	46	47	50	40	48	52	58	347
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	90	94	94	88	92	87	111	660
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	43	48	40	38	45	52	50	316
Portadores de hipertensão arterial esperados:	92	93	75	74	79	77	85	586
Portadores de diabetes esperados:	21	28	20	19	20	18	17	146

FONTE: Coleta de dados dos Agentes Comunitários de Saúde

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde de Bom Sucesso funciona baseado no modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de acordo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com as redes de atenção e com o projeto de humanização da atenção à saúde. No momento conta com a seguinte estrutura: sete unidades de atenção primária, uma unidade de atenção especializada (policlínica), uma farmácia municipal, um laboratório municipal e uma unidade de atenção hospitalar para as urgências e emergências. O município faz parte da microrregional de São João Del Rei e da macrorregional de Barbacena.

O serviço de atenção secundária ainda é precário no município, sendo realizado periodicamente na Santa Casa ou na Policlínica com consultas que são marcadas mensalmente, de acordo com cotas estabelecidas previamente para cada PSF. Como forma de atenção especializada, Bom Sucesso conta também com uma unidade de atenção as demandas psicossociais, o CAPS.

O serviço de urgência e emergência e a atenção hospitalar apresentam resolubilidade baixa, visto que contam com recursos insuficientes. A cidade possui apenas uma unidade hospitalar responsável pelo atendimento às urgências, a Santa Casa; sendo essa uma instituição filantrópica. Nessa unidade encontram-se disponíveis recursos básicos de auxílio diagnóstico, como a radiografia, sendo os pacientes mais graves referenciados para Lavras. Por exemplo, o paciente com quadro sugestivo de Acidente Vascular Encefálico não pode receber tratamento adequado e em tempo hábil na maioria das vezes devido à demora da realização da Tomografia que é feita em Lavras. O município também não conta com unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo utilizado o serviço de Nazareno, com previsão de chegada de trinta minutos, quando solicitado.

1.4 A Unidade Básica de Saúde José da Mata Santiago

A Unidade Básica de Saúde (UBS) José da Mata Santiago abriga uma única equipe com aproximadamente 925 famílias. A Equipe de saúde da Família da Unidade Palmeiras é formada atualmente por doze profissionais sendo esses: uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe conta também com um pediatra, um ginecologista, uma nutricionista e um psicólogo que atendem na unidade uma vez por semana.

Atualmente a unidade encontra-se razoavelmente equipada, contando com glicosímetro, nebulizador, sonar, otoscópio, entre outros. Além disso, conta com computador em todas as salas, sendo todos conectados a internet. Porém, muitas vezes há falta de material essencial para o serviço, principalmente da enfermagem, como material para curativo e fita para dosagem de glicemia capilar. A unidade também não possui material para a realização de pequenas cirurgias, sendo esse um problema recorrente visto que, os usuários têm que recorrer ao hospital para realizar esses procedimentos, normalmente aguardando por grande período. Outra situação problemática é a ausência de farmácia de dispensação na unidade, o que implica na ausência de qualquer tipo de medicação de suporte, impossibilitando assim o uso adequado da sala de observação e o atendimento inicial aos casos urgentes menos graves. Por exemplo, não há anti-hipertensivos orais para administração na crise hipertensiva, nem bronco dilatadores ou oxigênio para auxílio na crise asmática. A falta esporádica de materiais é um foco de tensão recorrente entre funcionários da equipe, residentes da comunidade e gestores municipais.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Palmeiras

A unidade de Saúde funciona cinco dias na semana, das 7:00 às 16:00 horas contando com atendimento médico em quatro desses dias. A Equipe tem uma boa distribuição de sua agenda, garantindo o atendimento tanto de demandas espontâneas quanto programadas. O controle de hipertensos e diabéticos consegue ser realizado de maneira razoável, além de serem oferecidos os programas de pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico (Tabela 2). Os ACS mantem as visitas domiciliares constantes e tem boa comunicação com a generalista, garantindo a melhor organização e priorização das visitas com a médica, além da resolução de problemas menores de cada usuário.

Tabela 2 - Distribuição das consultas de medico e enfermeiro segundo os programas da ESF Palmeiras, 2018.

	PROGRAMA	ATENDIMENTOS DISPONÍVEIS MÊS
PUERICULTURA	A puericultura é alternada entre enfermagem e pediatria até os 2 anos de idade quando a criança passa a ser acompanhada somente pelo pediatra. A frequência de consultas segue a recomendação por faixa etária feita	40

	pelo Ministério.	
PRÉ-NATAL	O pré-natal é realizado pelo médico generalista até 34 semanas e posteriormente encaminhado ao obstetra. O intervalo entre consultas segue o protocolo do Ministério da Saúde.	20
HIPERTENSÃO	Os Hipertensos são consultados sempre pelo médico, de 6 em 6 meses ou anualmente dependendo do caso. As aferições de pressão são realizadas pela equipe técnica de enfermagem sempre que o paciente comparece à Unidade de Saúde.	80
DIABETES	Os portadores de Diabetes são atendidos pelo médico generalista de seis em seis meses. Tem sua glicemia capilar aferida sempre que comparecem a unidade de saúde	80
CÂNCER	Os pacientes com câncer são encaminhados ao serviço de oncologia de São João Del Rey, sendo que para isso necessitam ter diagnóstico comprovado por biópsia.	13
TUBERCULOSE	Os pacientes com tuberculose são encaminhados ao serviço de infectologia de São João Del Rei, depois do diagnóstico de tuberculose ativa. Após avaliação pela infectologia, os medicamentos necessários são fornecidos pela Secretaria de Saúde. Há uma pessoa encarregada na Secretária para coordenar todas as etapas do processo de diagnóstico e acompanhamento do paciente com tuberculose.	-

Fonte: elaborado pelo autor (2018)

Já foi tentada a realização de grupos operativos como o HiperDia e grupos de orientações para as gestantes, porém nunca foi obtido sucesso. Normalmente a população não comparece aos encontros marcados ou não demonstra interesse em dar continuidade aos projetos. Essa é uma preocupação constante da equipe, principalmente com relação à abordagem das gestantes visto que a frequência dessas ao pré-natal é baixa.

Como a unidade encontra-se sempre movimentada com os atendimentos e principalmente com as campanhas de vacinação, a equipe tem pouco tempo para realizar reuniões de planejamento. Assim, são raras as inovações no serviço.

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

Depois de levantados os dados da área de abrangência da equipe, por meio do método de Estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), conseguiu-se identificar, entre

outros, os seguintes problemas:

- Falta de atividades de lazer no município
- Aumento exponencial do tráfico de drogas e conseqüente violência
- Sistema precário de atenção à saúde terciária
- Alta demanda por exames complementares, com oferta insuficiente.
- Ausência de realização de grupos operativos
- Tentativas ineficazes de realização de reuniões interativas com participação significativa da comunidade
- Falta de adesão ao pré-natal e início tardio do mesmo
- Alta prevalência de doenças cardiovasculares e complicações
- Prevenção pouco eficaz das principais causas de mortalidade e morbidade
- Alta demanda por serviços do NASF, com pouca oferta
- Tempo limitado para realização de reuniões de equipe periódicas
- Falta de contrarreferência do serviço terciário ou secundário para o serviço primário, dificultando o cuidado continuado do usuário.
- Atenção secundária não proporcional à demanda
- Rede de urgência e emergência com baixa resolubilidade
- Transporte inadequado de urgência e emergência com tempo de espera significativo
- Suprimento deficiente de medicações
- Analfabetismo nas faixas etárias mais avançadas
- Abandono escolar devido à gestação na adolescência

1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)

Analisando os dados coletados na produção do diagnóstico situacional da comunidade, a ESF Palmeiras estipulou quais seriam os problemas com maior impacto tanto para a qualidade do serviço de atenção à saúde quanto para a manutenção e melhoria da saúde dos usuários (Quadro 1). A partir dessa seleção, embasou-se na possibilidade de resolução desses problemas por atividades lideradas pela equipe e se essas propostas seriam viáveis. Por exemplo, discutiu-se que a resolução da pouca oferta de exames complementares, apesar de apresentar-se como um problema urgente, fugiria da competência da equipe por envolver a atuação de setores administrativos e financeiros municipais. Assim, chegou-se a conclusão

que o principal problema para essa unidade de saúde é o controle preventivo pouco eficaz das principais causas de morbidade e mortalidade, como HAS e DM, que culmina com descompensações frequentes de seus usuários e alta recorrência ao serviço de atenção terciário.

A equipe estipulou que a capacidade de enfrentamento desse problema seria parcial, pois necessita da coparticipação da comunidade. Entretanto, em vista da urgência do mesmo e de seu grande impacto na qualidade de vida da comunidade decidiu-se priorizar a resolução desse problema por meio de atividades de capacitação não só da comunidade, mas também da equipe. Assim, com a corresponsabilização de equipe e usuários da UBS seria possível informar melhor funcionários e população sobre determinadas comorbidades e torná-los membros ativos para uma prevenção mais eficaz e conseqüente menor número de óbitos e internações relacionados.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Palmeiras, Unidade Básica de Saúde José da Mata Santiago, Município de Bom Sucesso, Estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Prevenção pouco eficaz das principais causas de morbidade e mortalidade	Alta	8	Parcial	1º
Ausência de grupos operativos	Alta	7	Parcial	2º
Contrarreferência ineficaz entre níveis de atenção	Alta	6	Parcial	3º
Poucas Reuniões de Equipe	Média	4	Total	4º
Aumento do número de casos neoplásicos, sem aumento do suporte	Média	3	Fora	5º
Oferta insuficiente de exames complementares para diagnóstico	Alta	2	Fora	6º

Fonte: Elaborado pela ESF (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional da comunidade Palmeiras permite a conclusão de que há uma prevalência alta de hipertensos e diabéticos na região, e que, devido à falta de controle adequado dessas morbidades, a incidência de eventos cardiovasculares agudos também se encontra alta e em ascensão. Esse cenário é a principal justificativa para realização do plano de intervenção em questão.

A descompensação frequente dos pacientes diabéticos e hipertensos não só traz um prognóstico reservado para a saúde desses indivíduos, mas também desregula a rotina da ESF Palmeiras prejudicando assim a realização de seu trabalho de maneira ideal. Pacientes que necessitam ser avaliados com certo nível de urgência devido à crise hipertensiva ou suspeita de evento cardiovascular agudo são cada vez mais frequentes no atendimento da UBS Palmeiras, sinalizando que a prevenção dessas comorbidades não está sendo efetiva sendo necessária, portanto, uma intervenção eficaz e de maneira imediata.

A atuação preventiva realizada atualmente pela equipe consiste basicamente na orientação feita durante a consulta médica, na agenda programada de consulta para cuidado contínuo, e na medida da pressão arterial dos pacientes que comparecem a UBS. Observa-se então que essa prevenção não envolve muito a atuação dos agentes de saúde e dos próprios usuários. Assim, um plano de intervenção que tivesse como objetivo incluir esses dois agentes na equação da prevenção dessas comorbidades buscando uma melhoria do nível de conhecimento e capacitação dos mesmos, provavelmente traria grandes benefícios para a comunidade. Isto é, essa intervenção poderia melhorar a qualidade de vida dos habitantes da comunidade, e diminuir o número de internações e conseqüentemente a taxa de mortalidade relacionada ao descontrole das patologias em questão.

Deve-se considerar como justificativa também a sobrecarga do sistema terciário de saúde devido a constante recorrência dos usuários ao serviço de urgência e emergência do município, que por si só já é um serviço com recursos precários. Na maioria das vezes, os portadores de diabetes e hipertensão acabam por recorrer de maneira errônea ao hospital quando detectam o descontrole de suas comorbidades ocupando assim parcela significativa dos atendimentos da urgência. Além disso, é cada vez maior a incidência de urgências hipertensivas reais e eventos cardiovasculares agudos que são acolhidos inicialmente na UBS e necessitam de encaminhamento ao serviço de pronto socorro. Dessa maneira, um plano de ação que buscasse prevenir de maneira mais eficaz a recorrência dessas descompensações das

doenças de base auxiliaria também no desafogamento do sistema terciário com possível melhoria da qualidade desse mesmo serviço.

Em vista dos fatores citados e considerando a possibilidade de enfrentamento, justifica-se a elaboração e realização de um plano de intervenção que atue em âmbito preventivo no controle mais efetivo das principais doenças de base da comunidade Palmeiras e suas complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que viabilize uma atuação preventiva e eficaz à comunidade adscrita da ESF Palmeiras para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e suas complicações mais frequentes.

3.2 Objetivos específicos

- Capacitar os integrantes da ESF Palmeiras, com relação as principais causas de morbidade e mortalidade da área, a saber: HAS, DM, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).
- Realizar grupos operativos sobre as morbidades em questão com os usuários
- Analisar a abordagem protocolada dos pacientes hipertensos descompensados que são atendidos na UBS
- Verificar o impacto da ação preventiva eficiente na procura do serviço de urgência e emergência.
- Identificar os entraves que limitam manobras preventivas de controle de HAS e DM na atenção primária.
- Analisar maneiras de atuação da ESF em conjunto com a comunidade para reduzir o número de óbitos e internações relacionados a descompensações de HAS e DM.

4 METODOLOGIA

Para embasamento das operações propostas foi realizada revisão de literatura em bases de dados como Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS e Google Acadêmico. Foram utilizados como descritores: Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Diabetes Mellitus e Agentes Comunitários de Saúde.

O projeto foi elaborado com base no modelo simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), perpassando pelo diagnóstico situacional da comunidade, pela identificação de nós críticos, de atores e de recursos envolvidos. Por meio de reuniões com a ESF Palmeiras, foram levantados dados, estipulados e discutidos os problemas em potencial identificados, culminando com a priorização dos problemas para norteamo do projeto.

A partir do diagnóstico da realidade previamente elaborado e dos problemas levantados no planejamento e depois da priorização dos problemas pela equipe, conseguiu-se, através da pontuação, segundo grau de urgência, importância e capacidade da equipe para enfrentamento do problema, priorizar o problema principal, que será objeto desta intervenção. A intervenção contará com a participação dos profissionais da equipe de saúde e pacientes.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS consiste em condição multifatorial caracterizada por manutenção de níveis pressóricos maiores ou iguais a 140x90 mm Hg, cuja presença está associada a diversos distúrbios metabólicos causados por danos funcionais e estruturais constantes de órgãos-alvo. Pode ser agravada por diversos fatores de risco coexistentes como dislipidemia e diabetes melito e se constitui um fator de risco independente para eventos como AVC, IAM, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, morte súbita e outros (LEWINGTON *et al.*, 2002, WEBER *et al.*, 2014, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

É considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MORAES; AVEZUM JUNIOR, 2012).

Dados indicam que no Brasil há 32,5% dos indivíduos adultos (36 milhões) são portadores de HAS, sendo que 50% das mortes por doença cardiovascular estão relacionadas a essa comorbidade. Estima-se que o impacto da HAS na perda de produtividade no trabalho e na renda familiar girou em torno de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MOREIRA; PAOLA, 2015, ABEGUNDE *et al.*, 2007)

Por ser uma doença com múltiplas consequências, podendo estar relacionada desde a origem de processos demenciais ao deterioramento de lesões endoteliais, a HAS interfere na qualidade e expectativa de vida de parcela significativa da população. Entretanto, ainda consiste em uma morbidade de difícil controle pelas equipes de atenção básica, nível de saúde com maior responsabilidade sobre o manejo das afecções crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013a).

5.2 Diabetes Mellitus

Diabetes é uma doença crônica complexa e multifatorial caracterizada por distúrbios metabólicos derivados da ausência ou defeito de atuação da insulina. Essa requer cuidado médico continuado focado em controle de múltiplos fatores além do controle glicêmico para redução do risco das complicações futuras. É uma morbidade de alta prevalência global, sendo que nos Estados Unidos 33 a 49% dos portadores da doença não fazem o controle adequado, apresentando níveis não ideais de glicemia, colesterol e pressão sanguínea

(AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

A Diabetes do tipo II representa 90-95% de todos os tipos de diabetes, sendo o principal foco das medidas preventivas da saúde pública. Seu diagnóstico é realizado por meio da detecção de hiperglicemia em testes consecutivos, como glicemia de jejum ≥ 126 ou hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$, sendo esses acompanhados de sintomas ou não. Nessa forma da doença há deficiência relativa de insulina associada a resistência periférica a insulina sendo, portanto, muito associada a obesidade e sobrepeso (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

A prevalência da DM encontra-se em ascensão, sendo estimado que em 2045, 628 milhões de indivíduos serão portadores da doença nos países da América Central e do Sul. O Brasil encontra-se em 4º lugar na lista de países com maior número de diabéticos, contabilizando 12,5 milhões de pessoas com a doença com um consequente gasto em saúde de 29,3 bilhões de dólares em 2017. A faixa etária mais afetada é a da população produtiva, de 20 a 64 anos, com uma estimativa de 326,5 milhões de portadores em 2017, e a faixa social mais acometida é a de baixa escolaridade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

5.3 Prevenção e tratamento

Nos países em desenvolvimento, apesar do investimento em disponibilização de medicação anti-hipertensiva e intervenções sobre o estilo de vida populacional, verifica-se ainda a detenção de 80% da mortalidade cardiovascular global, relacionada diretamente com o descontrole de doenças crônicas como a HAS (IRAZOLA *et al.*, 2017). Apesar de consultas médicas constituírem uma oportunidade para educação e envolvimento do paciente no tratamento e controle da hipertensão, muitas vezes somente essas não são deficientes para sustentar mudanças de comportamento, aderência ao tratamento e capacitação de longo termo. Nessa deficiência entra o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que atua como linha de frente da ação preventiva e por compartilhar competências culturais com os pacientes embasa intervenções mais efetivas e duradouras (ALLEN *et al.*, 2016).

Com um tratamento embasado não somente em uso de medicação, mas também na mudança de estilo de vida do indivíduo, o controle da HAS e suas possíveis complicações necessitam da atuação de diversos personagens, não somente do médico e paciente. Os componentes da equipe de saúde da família agindo em conjunto por meio de interações educativas, por exemplo, aumentam a probabilidade de sucesso de controle de níveis pressóricos de usuários adscritos em sua região.

Acredita-se que grande parte da melhoria verificada no diagnóstico precoce e tratamento eficaz das pessoas com hipertensão devem-se à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica e ao programa de educação permanente direcionado aos profissionais da atenção primária. Na província de Ontário no Canadá, um estudo publicado em 2008 verificou que 82% dos pacientes hipertensos foram diagnosticados e fazem tratamento e, 66% desses têm a pressão arterial controlada (CAMPBELL *et al.*, 2003).

Em um estudo clínico realizado dentre uma comunidade de pacientes hipertensos na Argentina, a intervenção multidisciplinar realizada em conjunto com os agentes de saúde teve maior impacto na redução de pressão sistólica e diastólica em 18 meses do que a intervenção médica habitual (IRAZOLA *et al.*, 2017). E esse tipo de atuação em equipe apresenta-se de maneira ainda mais eficaz quando embasado em educação continuada dos profissionais, possibilitando implantação de novos processos de trabalho e práticas mais adequadas a cada situação (BRASIL, 2013a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos. (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.5).

Quanto ao Diabetes, uma das maneiras de desacelerar o progresso dessa morbidade e reduzir a frequência e gravidade das complicações é atuando preventivamente com um sistema de atenção crônica e coordenada. A Sociedade Americana de Diabetes considera como seis fatores essenciais para o combate à doença:

- Sistema de saúde proativo com visitas coordenadas e atuação em equipe,
- Apoio ao autocuidado,
- Decisão baseada em evidências,
- Uso de dados populacionais para o planejamento de ações em saúde,
- Desenvolvimento de políticas e programas que apoiem a mudança de estilo de vida da comunidade,
- Sistemas de saúde que embasem a criação de uma cultura voltada para a promoção de saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

O Ministério da Saúde discorre sobre os diversos fatores que interferem no controle do DM, dando ênfase a importância das ações realizadas pelas equipes da Atenção Primária:

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013b, p. 21)

Portanto, para obter um modelo de cuidado crônico efetivo, e conseqüentemente o melhor controle de doenças não transmissíveis como HAS e DM, é fundamental redefinir os papéis dos profissionais envolvidos na atenção à saúde e viabilizar o manejo realizado pelo próprio paciente. Equipes de profissionais adeptos a multidisciplinaridade, com incentivo a educação continuada são aquelas com melhor capacitação para facilitar o controle do DM, sendo o ACS uma parte que vem sendo identificada com cada vez mais importância nesse cenário (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A partir da definição da “Prevenção pouco eficaz das principais causas de morbidade e mortalidade” como problema prioritário, elaborou-se plano de ações a ser realizado pela ESF Palmeiras. O plano foi delineado de acordo com a descrição e explicação do problema central, além da seleção de seus nós críticos, como descrito a seguir.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Com o Diagnóstico Situacional feito, foi possível concluir que as doenças cardiovasculares e suas complicações são a principal causa de morbidade e mortalidade na comunidade assistida pela Equipe de Saúde da Família Palmeiras. De acordo com os dados coletados pelos agentes comunitários de saúde, 21% da população assistida pela equipe é Hipertensa e 5% é diabética. Dentre esses usuários, mais de 50% não faz controle regular na UBS, mesmo após busca ativa.

Como consequência da alta prevalência das comorbidades em questão e do controle irregular e ineficaz das mesmas, a prevalência de eventos agudos cardiovasculares também é significativa dentre os usuários. De acordo com os dados coletados durante visitas domiciliares, triagem e consulta médica, no último ano a incidência de casos de IAM e AVC duplicou, culminando com redução importante da qualidade de vida da comunidade, principalmente da parcela idosa. Em 2018 diariamente aferiram-se pressões arteriais com valores acima de 160x100mmHg, sendo caracterizados quadros de urgência hipertensiva ao mínimo uma vez por mês.

Aproximadamente 35% da agenda de demanda programada é reservada ao cuidado contínuo de hipertensos e diabéticos, entretanto os dados indicam que a orientação preventiva realizada somente durante a consulta médica não está sendo efetiva para o controle dessas comorbidades. Os principais fatores de risco identificados que corroboram com esse quadro foram: estilo de vida dos usuários, falta de orientação do usuário sobre sua doença, falta de orientação da equipe sobre as comorbidades mais prevalentes nos usuários, falta de adesão ao tratamento medicamentoso.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Para compreender a origem do problema selecionado volta-se então para a discussão

sobre como a prevenção dessas comorbidades está sendo realizada e porque não está sendo efetiva. Um dos principais pontos a serem abordados é como a equipe atua para auxiliar os indivíduos da comunidade a controlarem suas comorbidades, como a hipertensão. Um meio consagrado na estratégia de saúde da família de possibilitar esse controle e envolver a população no cuidado de sua própria saúde é a realização de grupos operativos. Na comunidade Palmeiras, foram realizadas diversas tentativas de fazer grupos com a população, porém o comparecimento nas reuniões planejadas é sempre baixo. A população assistida na UBS apresenta ainda mentalidade focada na resolução de problemas de forma aguda e não em sua prevenção, portanto não participando de atividades preventivas e consequentemente desestimulando a equipe na realização de novos projetos.

Outro ponto crítico na prevenção dos eventos agudos e controle de comorbidades é o cuidado contínuo realizado para indivíduos com fatores de risco adicionais. Muitas vezes a busca ativa de pacientes com quadros crônicos, não colaborativos com o tratamento, é negligenciada contribuindo assim para a atuação não preventiva da equipe. Deve-se considerar, portanto, que fatores como o conhecimento sobre métodos de abordagem preventiva, sobre abordagem humanizada do paciente e sobre os aspectos gerais das próprias comorbidades teriam impacto no plano preventivo por possibilitar que as visitas domiciliares e buscas ativas sejam mais eficazes.

Além dos fatores já citados, o trabalho orientado e em sincronia de todos os componentes da ESF é parte essencial na tarefa de prevenção. Assim, pode-se analisar contextualmente as necessidades de cada indivíduo e planejar como solucioná-las em meio a sua estrutura social. Por exemplo, o controle de uso da medicação não deve ser realizado somente durante a consulta médica, mas também pelos agentes em suas visitas e pela equipe de enfermagem quando o paciente busca a unidade para aferir parâmetros. Dessa maneira pode-se detectar qual o nó que impede o uso correto daquela medicação, como o analfabetismo para os indivíduos mais idosos, e elaborar planos direcionados e específicos para cada situação. Para essa participação em harmonia da equipe é imprescindível que essa mantenha-se sempre atualizada e bem orientada sobre os temas em questão, como HAS e suas complicações.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Com base no detalhamento do problema selecionado, a ESF Palmeiras discutiu quais seriam as maneiras com maior probabilidade de sucesso para abordagem do mesmo.

Considerando as causas estipuladas do problema e o comportamento prévio da comunidade com relação a interação em atividades preventivas, buscou-se selecionar pontos que envolvessem mais a participação da equipe na resolução do problema. Chegou-se a conclusão que sua abordagem poderia ser realizada com base nos seguintes nós críticos:

- Falta de conhecimento adequado pela equipe para sua atuação preventiva
- Falta de grupos operativos para os usuários e consequente falta de informação para os mesmos.
- Ausência de fluxo pré-determinado para pacientes que chegam à UBS com pressão arterial descompensada.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Para enfrentamento do nó crítico Falta de conhecimento adequado pela equipe, elaborou-se um programa para capacitação dos integrantes da ESF Palmeiras, sendo esse constituído pela realização de quatro reuniões com a equipe para discussão e orientação sobre as principais causas de morbidade e mortalidade da área, a saber: HAS, DM, AVC e IAM. As orientações e o conhecimento repassados durante as reuniões terão enfoque no manejo preventivo dessas comorbidades e no reconhecimento das situações emergenciais. Assim, com a capacitação da equipe objetiva-se alcançar melhor manejo da agenda para hipertensos e diabéticos, melhor orientação dos usuários sobre as comorbidades em questão, reforço de uso da medicação nas visitas domiciliares, reforço sobre hábitos preventivos, usufruir de conhecimento para reconhecer e orientar basicamente sobre eventos cardiovasculares agudos. Com estas medidas espera-se então produzir uma redução do descontrole das morbidades em questão e da recorrência dos usuários ao serviço do nível terciário de atenção à saúde, ou seja, reduzir na prática o número de óbitos e internações relacionados a descompensações das morbidades de base.

Para colocar em prática essa operação são necessários recursos organizacionais – disponibilização de dois turnos na agenda de atividades da ESF, disponibilização da sala de reuniões -, recursos cognitivos – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas-, e recursos políticos – apoio da equipe e gestão local. Considerando esses fatores e os atores envolvidos no projeto (membros da equipe de saúde, gestão local), pode-se considerar o projeto como viável, visto que os atores apresentam motivação favorável a disponibilização dos recursos necessários.

A partir da definição do projeto, seus recursos e sua viabilidade elaborou-se a seguir o

plano operativo. Foram designadas como responsáveis principais pela operação a médica e a enfermeira, sendo a enfermeira a gerente da operação que se responsabilizará pela liberação da agenda, pela disponibilização do espaço e pelo contato com a gestão local, garantindo assim que as ações elaboradas possam ser executadas de forma coerente. A médica se responsabilizará pela produção de conteúdo para as reuniões de capacitação e elaboração de material áudio visual para transmissão desse conteúdo. O restante dos componentes poderá contribuir ativamente por meio de estudo prévio e formulação de dúvidas a serem esclarecidas durante a reunião.

A execução dessas tarefas terá prazo definido de um mês, precedendo a realização das reuniões de capacitação, sendo essas realizadas uma vez ao mês conforme disponibilidade da agenda. A gestão do plano deverá ser realizada por todos os membros da equipe envolvidos na operação, devendo ser repassado após cada evento de capacitação em forma de feedback sobre a efetividade dos resultados e sobre o que poderia ser melhorado. Como forma de gestão do plano, compete também a médica e enfermeira adequarem a duração de cada reunião durante a execução do projeto em vista da disponibilidade de horários da equipe.

Em resumo, a operação pode ser caracterizada como descrito no Quadro 2.

Quadro 2- Operações sobre o nó crítico “Falta de conhecimento adequado pela equipe para sua atuação preventiva” relacionado à prevenção ineficaz das principais comorbidades da população, no território sob responsabilidade da ESF Palmeiras, município de Bom Sucesso, Minas Gerais

Nó Crítico 1	Falta de conhecimento adequado pela equipe para sua atuação preventiva
Operação	Capacitação da ESF sobre as comorbidades em questão
Projeto/ resultados esperados	Saber para cuidar/ Melhor controle das comorbidades crônicas, com menor número de internações e óbitos relacionados.
Produtos esperados	Reuniões da ESF Capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem Material de orientação disponível para consulta
Recursos necessários	Organizacional- liberação de agenda e espaço para reuniões; Cognitivo- conhecimento sobre o tema e sobre estratégias didáticas Político- apoio da equipe e gestão local
Recursos críticos	Nenhum
Controle dos recursos	Secretaria de Saúde (Favorável), ESF (Favorável)
Prazo	Início em um mês e término em até quatro meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Realizados pelos membros da ESF dentro de cinco meses, com feedback sobre elaboração das reuniões, eficácia da capacitação e impacto na comunidade

Fonte: Autoria própria, 2018

Para resolução do nó crítico “Falta de grupos operativos para os usuários” discutiu-se a retomada dos grupos operativos com a comunidade para melhor orientação da mesma sobre suas próprias comorbidades. O projeto consistiria na realização de grupos com pacientes chaves para discussão de temas como hipertensão e diabetes. O projeto estimularia a participação da comunidade por meio de ações interativas durante as reuniões, objetivando assim a continuidade dos grupos mesmo após eventual troca de coordenação. Com essa operação objetiva-se engajar os pacientes em seu próprio tratamento, atingindo uma co-responsabilização para que esse tratamento seja contínuo e mais efetivo. Além disso, as orientações repassadas e discutidas nos grupos permitem que os membros da comunidade auxiliem no reconhecimento de eventos que necessitem de atenção emergencial. Com relação aos resultados esperados esse projeto é similar à operação anterior, visto que também visa a diminuição dos eventos de descompensação das doenças de base principais e o melhor controle preventivo da HAS e DM na comunidade.

Os recursos necessários para viabilização dessa operação seriam cognitivos, conhecimentos sobre os temas e práticas efetivas de comunicação-, operacionais disponibilidades de agenda e espaço-, financeiros – para impressão de material de divulgação-, e políticos – apoio da gestão local, equipe e comunidade. O recurso que pode ser considerado crítico é o apoio da comunidade, visto que as últimas tentativas de realização desses grupos não obtiveram sucesso e continuidade. O ator que controla esse recurso é a comunidade, e pode ser considerado que sua motivação é favorável ao projeto, sendo uma proposta para seu engajamento na operação sua abordagem por viés religioso. Ou seja, como se trata de uma comunidade extremamente religiosa, a estratégia para tornar os grupos operativos viáveis seria o contato com as diversas igrejas da região para divulgação e orientação em conjunto sobre o cuidado preventivo com a saúde.

Definindo então os recursos necessários e a estratégia para viabilizar o programa, seguiu-se para elaboração do plano operativo. Os responsáveis pela operação são os agentes comunitários de saúde, a enfermeira, e a médica; sendo que cada componente apresenta uma função específica. Como na operação anterior, cabe a médica produzir o conteúdo e a enfermeira organizar e disponibilizar agenda e espaço para os grupos. Aos agentes instituiu-se a função de divulgar os grupos e orientar sobre sua importância para os pacientes. O projeto deverá ser realizado após a capacitação da equipe (operação 1), com a realização de pelo menos um grupo operativo e com um prazo indefinido de continuidade a depender da agenda da equipe, da adesão da população e das mudanças de gestão. Assim como na primeira operação a gestão deve ser realizada pelo *feedback* dos membros da equipe e dos usuários

participantes, sendo que deve ser realizado um seguimento com as famílias participantes pelos ACS para observar presença ou não de resultados positivos.

Em resumo, a operação pode ser caracterizada como descrito no Quadro 2.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico Falta de grupos operativos para os usuários” relacionado à prevenção ineficaz das principais comorbidades da população, no território sob responsabilidade da ESF Palmeiras, município de Bom Sucesso, Minas Gerais

Nó Crítico 2	Falta de grupos operativos para os usuários
Operação	Realização de grupos operativos com capacitação da comunidade
Projeto/ resultados esperados	Conhecer para cuidar/ Melhor controle das comorbidades crônicas, com menor número de internações e óbitos relacionados
Produtos esperados	Aumento do nível de informação dos usuários; Material de orientação
Recursos necessários	Organizacional- liberação de agenda e espaço para os grupos; Cognitivo- conhecimento sobre o tema e sobre habilidades de comunicação; Financeiro- produção de material de divulgação; Político- apoio da equipe, gestão local e comunidade.
Recursos críticos	Apoio da comunidade
Controle dos recursos críticos	Comunidade (Favorável)
Ações estratégicas para a viabilidade	Orientação em conjunto com setor religioso
Prazo	Início após operação 1, com prazo indefinido
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira e ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento de usuários participantes Feedback sobre eficácia da capacitação e impacto na comunidade

Fonte: Autoria própria, 2018

O projeto elaborado para resolução do nó crítico Ausência de fluxo pré-determinado para pacientes que chegam à UBS com pressão arterial descompensada consiste na formulação de um protocolo básico de direcionamento do paciente hipertenso descompensado dentro da própria UBS. O protocolo teria intuito de permitir a diferenciação de pacientes que necessitam de atendimento médico com mais urgência e pacientes que podem ser direcionados ao acolhimento para consulta eletiva. Assim, com a simplificação do fluxo o atendimento das pseudocrises e crises verdadeiras hipertensivas, tanto pela enfermagem quanto pela médica, seria mais objetivo, organizado e funcional. Os resultados esperados seriam a diminuição da procura do serviço de urgência desnecessariamente devido à pseudocrises hipertensivas, melhor orientação das técnicas com consequente melhor orientação dos usuários e direcionamento do paciente rápido quando preciso.

Os recursos necessários para colocar a operação em prática são simples, constituindo-se de recursos organizacionais – disponibilidade de agenda para discussão do protocolo-, cognitivos – conhecimento sobre o tema e sobre o fluxo de urgências do município-, e políticos- apoio da gestão local e equipe. Como todos esses recursos encontram-se disponíveis e os atores envolvidos mostram-se favoráveis ao projeto, não há recursos críticos.

A partir da elaboração de um plano operativo, definiu-se que os agentes responsáveis por esse projeto seriam a enfermeira, a médica e as técnicas de enfermagem, viabilizando por meio de funções específicas um horário para discussão e implantação do protocolo. A elaboração desse fluxo deverá ser feita durante os meses de duração da operação 1, com implantação do protocolo após a finalização da mesma. A funcionalidade do protocolo e o alcance de seus objetivos serão avaliados após quatro meses de uso pela equipe de enfermagem.

Em resumo, a operação pode ser caracterizada como descrito no Quadro 4.

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico Ausência de fluxo pré-determinado para pacientes que chegam à UBS com pressão arterial descompensada” relacionado à prevenção ineficaz das principais comorbidades da população, no território sob responsabilidade da ESF Palmeiras, município de Bom Sucesso, Minas Gerais

Nó Crítico 3	Ausência de fluxo pré-determinado para pacientes que chegam à UBS com pressão arterial descompensada
Operação	Elaboração e implantação de protocolo
Resultados esperados	Diminuição da procura desnecessária do serviço de urgências e emergências Direcionamento eficaz do paciente hipertenso descompensado Controle de comorbidades
Produtos esperados	Protocolo sobre urgências hipertensivas Capacitação da equipe de enfermagem Material de orientação disponível para consulta
Recursos necessários	Organizacional- liberação de agenda; Cognitivo- conhecimento sobre o tema; Político- apoio da equipe e gestão local
Recursos críticos	Nenhum
Controle dos recursos	Secretaria de Saúde (Favorável), ESF (Favorável)
Prazo	Início em um mês e término em até quatro meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Equipe de enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da implantação do protocolo; Avaliação da funcionalidade do protocolo

Fonte: Autoria própria, 2018

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta apresentada visa uma melhor adequação da ESF em suas tarefas preventivas com relação a HAS e DM, principais morbidades encontradas na comunidade. Por tratar-se de uma ação com foco na educação tanto da equipe quanto dos usuários, não é dependente de grandes recursos financeiros podendo ser colocada em prática com o trabalho da própria equipe.

As três formas de abordagem sugeridas no projeto complementam-se, viabilizando o crescimento da equipe não somente de maneira técnica e intelectual, mas também de maneira psicossocial com a melhoria do relacionamento com a comunidade.

A realização de ações de educação continuada tornará a equipe mais capacitada para lidar não somente com emergências eventuais, como crises hipertensivas, mas também para instruir os usuários, tanto em grupos como individualmente. Com o decorrer do projeto e autoconhecimento da equipe, as ações também podem ser adequadas considerando as qualidades e limitações de cada componente, planejando a maneira mais proveitosa de realizá-las.

Espera-se que a implantação do projeto com a atuação da equipe em conjunto com a comunidade, tenha papel ativo na melhoria do cuidado preventivo realizado no nível primário.

REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**. v.370, n.9603, p. 1929-38, 2007.
- ALLEN, C.G.; BROWNSTEIN, J.N.; SATSANGI, A.; ESCOFFERY, C. Community Health Workers as Allies in Hypertension Self-Management and Medication Adherence in the United States, 2014. **Prev Chronic Dis**. v.13, n.12, p. 160236, 2016.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**. v.41, n. (sup. 1), p. 1-172, 2018. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2017/12/08/41.Supplement_1.DC1/DC_41_S1_Combined.pdf>. Acesso em 20 jan 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: jan 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: jan 2019.
- CAMPBELL, N. R. C. *et al.* Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension, USA**. v.21, n.8, p. 1591-1597, 2003.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama> >. Acesso em: mai. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico., 2018**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama>. Acesso em 7 de março de 2019
- IRAZOLA, H.J. *et al.* Effect of a Community Health Worker–Led Multicomponent Intervention on Blood Pressure Control in Low-Income Patients in Argentina: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**. v. 318, n.11, p. 1016-1025, 2017.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO R.; COLLINS, R. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**. v. 360, n. 9349, p 1903-13, 2002.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro. v.107, n. (3, supl. 3), p. 1-104, 2016.

MORAES A. A.L.; AVEZUM JUNIOR, A. **O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo**. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 11-19.

MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO. Município. Dados gerais. Disponível em: <http://bomsucesso.web464.uni5.net/cont_pag1.asp?pag=45>. Acesso em 07 fev 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Rev Bras Hipertens**. v.17, n.1, p. 4-62, 2015.

WEBER, M. A.*et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**. v. 32, n.1, p 3-15, 2014.