

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

Marina Damiani Santana

**UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA**

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2020

Marina Damiani Santana

**UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2020

Marina Damiani Santana

UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de outubro de 2020

DEDICO

Este trabalho ao meu pai, Rogério, meu maior incentivador, por quem também dedico toda minha caminhada até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado força e saúde para superar as dificuldades e alcançar os objetivos propostos.

Aos tutores, pelo apoio, orientação e por estarem sempre disponíveis para sanar quaisquer dúvidas.

Ao meu pai, que me deu total apoio, suporte e incentivo nos momentos mais difíceis e a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte de minha caminhada.

“As mãos que ajudam são mais sagradas que os lábios que rezam.” (Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes *Mellitus* têm alta taxa de prevalência na população. O acompanhamento e o controle da hipertensão evitam o surgimento e a progressão das complicações da doença e reduzem o número de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um plano para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes nos pacientes atendidos pela equipe da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, Sete Lagoas, Minas Gerais. Para sua construção, fez-se, primeiro, o diagnóstico situacional da área de abrangência, o que tornou possível a coleta de informações e priorização dos problemas. Posteriormente, foram analisados estudos científicos sobre a temática para embasamento teórico do projeto, na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online*, com os descritores: Estratégia Saúde da Família, hipertensão, diabetes e educação em saúde. Também foram estudados os documentos do Ministério da Saúde relativos à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Melitus . A seguir, foi proposto um plano de intervenção seguindo os passos do método do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que as ações propostas possam incentivar práticas que promovam hábitos saudáveis, a conscientização sobre o problema e a adesão ao tratamento. Espera-se, também, que a equipe de saúde além de conseguir a adesão a um estilo de vida mais saudável da população, controle a pressão arterial, minimizando, assim, os agravos da doença, as ocorrências médicas e, conseqüentemente, melhoraria da qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão . Diabetes Mellitus.
Educação em saúde

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) have a high prevalence rate in the population. Monitoring and control of hypertension prevents the onset and progression of disease complications and according to the number of hospitalizations and cardiovascular mortality. This study aimed to develop a plan to improve the control of systemic arterial hypertension and diabetes in patients treated by the team of the Family Health Team Aeroporto, Sete Lagoas city, Minas Gerais, state. For the development of the study, the situational diagnosis of the coverage area was made first, which made it possible to collect information and prioritize problems. Subsequently, scientific studies on the theme for the theoretical basis of the project were analyzed, in the Virtual Health Library, in the SciELO database, with the descriptors: Family Health Strategy, hypertension, diabetes and health education with identification. The Ministry of Health Notebooks related to SAH and DM were also studied. Furthermore, an intervention plan was proposed following the steps of the Situational Strategic Planning method. It is hoped that the proposed actions can encourage practices that promote healthy habits, awareness of the problem and adherence to treatment. It is also expected that the health team, in addition to achieving adherence to a healthier lifestyle for the population, controls blood pressure, thus minimizing the aggravations of the disease, medical events and, consequently, improving the quality users' lives.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Diabetes Mellitus

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sítios históricos da cidade de Sete Lagoas.....	12
Figura 2 - Pontos turísticos de Sete lagoas, Minas Gerais.....	13
Quadro 1 - Aspectos demográficos da população atendida pela Estratégia Saúde da Família Aeroporto, Sete Lagoas, 2019	14
Quadro 2 - Distribuição populacional por condições de saúde da população da área de abrangência ESF Aeroporto Sete Lagoas, Minas Gerais, 2019	15
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Aeroporto, Unidade Básica de Saúde ESF Aeroporto, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2019	25
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.....	37
Quadro 5 - - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.....	38
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.....	39
Quadro 7 - Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O sistema municipal de saúde	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde ESF Aeroporto	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família ESF Aeroporto	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe ESF Aeroporto	18
1.7 O dia a dia da equipe ESF Aeroporto.....	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	24
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema prioritário para plano de intervenção (segundo passo)	24
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	28
4 METODOLOGIA	29
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
5.1 Estratégia Saúde da Família	30
5.2 Hipertensão	30
5.3 <i>Diabetes mellitus</i>	33
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	36
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	36
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	36
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	36
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (6º a 10º passo).....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERENCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

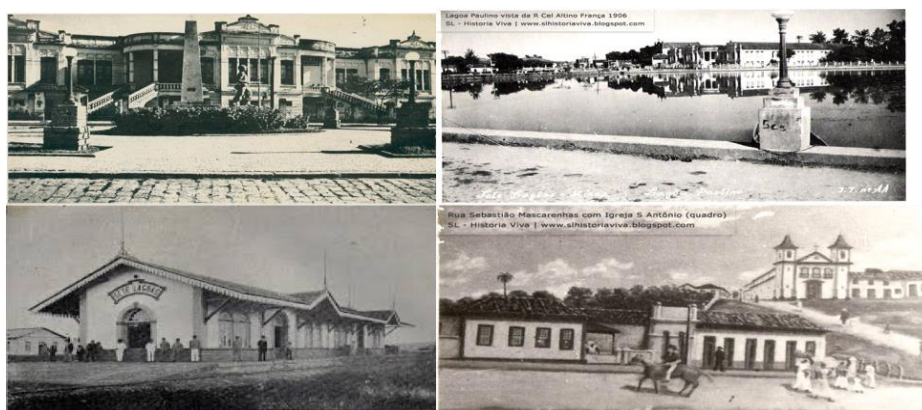
Sete Lagoas localizada “no coração de Minas Gerais, a cidade fica apenas a 70 km de Belo Horizonte e a 40 km do Aeroporto Internacional Tancredo Neves/Confins” É uma cidade “hospitaleira do interior e ao mesmo tempo agitada como uma metrópole, Sete Lagoas é o principal pólo econômico da região central do estado atraindo grandes indústrias e diversificando cada vez mais sua economia” (SETE LAGOAS, 2019, s.p.).

A estimativa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2019 era de com 239.639 habitantes. É o município mais populoso da microrregião, que também abrange Araçaí, Baldim, Caetanópolis, Cordisburgo, dentre várias outras (IBGE, 2019).

Foi uma cidade fundada durante a febre do ouro, por componentes da bandeira de Fernão Dias que ali chegaram em busca de esmeraldas para o rei de Portugal. E foi às margens do Ribeirão do Matadouro que surgiram as primeiras casas, marcando o surgimento da nova cidade. No entanto o povoamento só foi iniciado em 1820, data que marca também a construção da capela de Santo Antônio das Sete Lagoas, que existe ainda hoje em sua beleza colonial (IBGE, 2019).

Na Figura 1 tem-se a apresentação de alguns sítios históricos da cidade.

Figura 1 – Sítios históricos da cidade de Sete Lagoas



Fonte: Prefeitura de Sete Lagoas, 2019.

Sete lagoas é um município marcado por intensa desigualdade social, apresentando salário médio mensal de 2,4 salários mínimos para os trabalhadores formais, em 2018 (IBGE, 2019). Vive, nos dias atuais, uma grave crise financeira, que pode ser observada na falta de estrutura urbana, de saúde e na baixa qualidade de vida da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É um grande polo industrial do estado de Minas Gerais, focado na extração de minérios e na produção de ferro-gusa, totalizando quase 65% da produção total do estado. A cidade também possui empresas fabricantes de peças automotivas e 23 siderúrgicas.

Os pontos turísticos são diversos, dentre eles os mais famosos são, a gruta Rei do Mato, Lagoa Paulino, Igreja de Santo Antônio e Serra de Santa Helena. Todos oferecendo opções de lazer, aprendizado e enriquecimento cultural, conforme mostrado na Figura 2

Figura 2 - Pontos turísticos de Sete lagoas, Minas Gerais.



Fonte: Prefeitura de Sete Lagoas, 2019.

1.2 Aspectos da comunidade

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Aeroporto é situada no bairro Aeroporto Industrial, um dos 173 bairros da cidade de Sete Lagoas (IBGE, 2019). Ele abrange além do bairro aeroporto, o bairro Interlagos II. Ambos situados em região periférica do município.

A população empregada realiza uma imensa gama de funções, já que se trata de área urbana com diversos comércios e atividades. Vários moradores prestam serviços às empresas siderúrgicas produtoras de ferro gusa. No entanto, com a crise econômica vivida pelo país, o desemprego aumentou consideravelmente na região, e conseqüentemente, a procura pelos serviços de saúde pública, já que foram cortados os planos privados.

Nossa região possui quatro escolas e a maioria das crianças e adolescentes estão concluindo algum período da educação formal. No entanto, nossa população assistida possui um alto número de analfabetos, principalmente entre a faixa etária maior de 55 anos.

A coleta de lixo é realizada em toda a região e a grande maioria dos domicílios possui rede de esgoto. Todavia, a estrutura das vias é precária e em algumas ruas é impossível trafegar com veículos, tamanha a quantidade de buracos. E a iluminação urbana deixa muito a desejar.

Quanto aos aspectos demográficos, estes se encontram apresentados no Quadro 1

Quadro 1 - Aspectos demográficos da população atendida pela Estratégia Saúde da Família Aeroporto, Sete Lagoas, 2019

População	Quantidade
Crianças < 2 anos	46
Crianças de 2 a 5 anos	67
Crianças de 5 a 9 anos	168
Adolescentes de 10 a 19 anos	631
Adultos de 20 a 59 anos	2.202
Idosos > 60 anos	493
População feminina	1.872
População masculina	1.729
Total	3.701

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

A leitura dos dados do Quadro 1 mostram grande contingente populacional nas faixas etárias compreendidas de 20 a 59 anos e a população feminina é um maior do que masculina, isto é, 143 pessoas a mais.

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos, os dados do Quadro 2 os demonstram.

Quadro 2 - Distribuição populacional por condições de saúde da população da área de abrangência ESF Aeroporto Sete Lagoas, Minas Gerais, 2019

Condição de saúde	Quantitativo
Gestantes	23
Puérperas	5
Acamados	8
Hipertensos	348
Diabéticos	131
Pessoas com doenças respiratórias (asma, dpoc, enfisema, outras)	14
Hanseníase	0
Tuberculose	0
Pessoas que tiveram AVC	7
Pessoas que tiveram infarto	15
Portadores de doença cardíaca	13
Pessoas com câncer	4
Pessoas tratadas na saúde mental	84
Pessoas que fazem uso de álcool	23
Usuários de drogas	6
Tabagistas	48
Internações hospitalares	0
Óbitos	0

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

1.3 O sistema municipal de saúde

A Rede de Atenção Primária à Saúde em Sete Lagoas possui 47 ESF e oito Centros de Saúde que se dividem entre as diversas áreas do município. Estas unidades funcionam como porta de entrada para a maior parte dos serviços de saúde oferecidos pela gestão municipal, e devem ser prioritariamente acessados pelos pacientes que buscam tratamentos, informações e cuidados básicos em saúde.

São atendidos 120 bairros da cidade, totalizando uma cobertura de 48% da população. Cada equipe acompanha uma média de 3500 a 4000 pessoas. Nove

ESF's possuem equipes de saúde bucal, constituídas pelo cirurgião dentista e pelo auxiliar de saúde bucal.

Nas ESF são disponibilizadas vacinas, atendimentos médicos e de enfermagem, referência e contra referência com os serviços especializados, visitas domiciliares, grupos e diversas outras atividades.

A atenção primária também conta com os serviços do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que faz parte de todas as 47 unidades dispostas pela cidade. São disponibilizados os serviços de fisioterapia, psicologia, nutrição, profissional de educação física e assistência social.

Entrando no mérito dos problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde, podemos destacar que o ESF Aeroporto apresenta alguns itens bem comuns. Muitas das vezes não há material necessário para a realização dos procedimentos, deixando o paciente desassistido.

Além disso, nem sempre temos medicamentos na quantidade ideal, principalmente quando consideramos aqueles mais utilizados, como a dipirona e o paracetamol. É importante destacar que muitos pacientes procuram o ESF para tratarem de problemas mais graves. O ideal seria que eles se deslocassem a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou um hospital, para poderem receber o devido tratamento. Contudo, esses pacientes também são atendidos e, quando necessário, são encaminhados para locais com maior estrutura. A grande dificuldade dessa situação é a transferência desses pacientes que, muitas vezes, demora demasiadamente, podendo ser fatal e/ou deixar graves sequelas.

A cidade de Sete Lagoas é uma cidade que conta com uma população carente, que necessita muito dos serviços prestados pelo ESF. Sendo assim, essas unidades deveriam ser mais valorizadas, uma vez que o benefício dos atendimentos vai além de um tratamento pontual, mas sim um acompanhamento contínuo e eficaz. Dessa forma, pode-se dizer que a existência dos ESF melhora, e muito, a vida de inúmeras pessoas e famílias.

1.4 A Unidade Básica de Saúde ESF Aeroporto

O ESF Aeroporto localiza-se na Rua Andirá, número 352, no bairro Aeroporto. É válido destacar que o local utilizado como sede do ESF é uma casa antiga, mas bem conservada. Inicialmente, o local não era uma Unidade Básica de Saúde, mas foi devidamente adaptada para tal. Pode-se dizer, inclusive, que as instalações atuais apresentam um tamanho adequado.

O espaço físico disponível é bem aproveitado, contando com áreas bem definidas para sua devida finalidade. A recepção é grande, comportando a maioria dos pacientes. Esporadicamente, quando a demanda é muito alta, a recepção fica cheia, mas nada que atrapalhe a qualidade do atendimento.

Além disso, o ESF conta com diversas salas de atendimento, definidas de acordo com a especialidade. Assim, temos: sala do dentista, sala da técnica de enfermagem, sala do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), sala das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sala de pesagem, além do consultório médico e do consultório de enfermagem.

Na sala dos ACS são analisadas as mais diversas situações e, também, é o local onde são realizadas as reuniões com a população. Contudo, essa sala é considerada pequena e apertada para tal utilização.

Não podemos deixar de mencionar que há três banheiros no ESF, sendo um banheiro para pacientes, um banheiro para funcionários e um banheiro no consultório de enfermagem, destinado para a realização dos exames preventivos.

Existe ainda uma área externa, local onde existem bancos, onde os pacientes aguardam o atendimento. Outro motivo para utilização dessa área externa é quando necessita-se realizar reuniões com os moradores, pois não há nenhuma área fechada/interna disponível e com tamanho suficiente para abrigar todos os interessados.

Toda a população residente no bairro Aeroporto e em suas redondezas relata ter fácil acesso ao ESF. Outro ponto que merece destaque é que a maioria da população que utiliza o ESF demonstra apreço com o serviço que vem sendo

prestado. Entretanto, sempre há pessoas que não estão contentes, exigindo dedicação e melhorias constantes em todos os profissionais, bem como na estrutura física do ESF.

1.5 A Equipe de Saúde da Família ESF Aeroporto

A equipe de saúde da família do ESF aeroporto é composta pelos seguintes profissionais: uma médica, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma secretária e um técnico de serviços gerais.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe ESF Aeroporto

A unidade de saúde aeroporto funciona das 07 às 17 horas, alternando o horário dos profissionais que chegam a partir das 07 e das 08 horas da manhã. Existe uma auxiliar responsável por organizar os atendimentos realizados. Ela recebe os pacientes, orienta e encaminha os prontuários ao profissional que irá utilizá-los. Além disso, também é responsável por realizar marcações na central do município, e manter as agendas de todos os profissionais organizadas. Os atendimentos são realizados durante todo o dia e, quando não são marcados por horários específicos são realizados por ordem de chegada e de prioridade.

1.7 O dia a dia da equipe ESF Aeroporto

As atividades desenvolvidas pela equipe do ESF aeroporto são compostas, em grande parte, pela demanda espontânea dos pacientes. A maioria não respeita a marcação das consultas e reivindica atendimento rápido e urgente. Isso é motivo de grande insatisfação por parte dos funcionários e inclusive motivo de conflito entre os membros de nossa equipe. Isso porque alguns pacientes são erroneamente privilegiados por serem mais próximos a alguns profissionais que atuam na unidade.

As consultas são marcadas respeitando a necessidade e por ordem de chegada, pois sempre mantemos uma lista com todas as solicitações de consulta feitas pelos

pacientes. Também é feita uma lista com o controle das consultas de pré-natal, puericultura, puerpério, hipertensos e diabéticos.

Seguimos o protocolo do município para todas essas consultas, de acordo com impressos produzidos pela Secretária de Saúde, já que ainda não possuímos prontuário eletrônico. É feita conferência mensal dos pacientes incluídos nestes grupos para avaliação do acompanhamento.

O acolhimento é realizado por parte de todos os profissionais que atuam em nossa unidade e segue com fluxo de profissionais a depender da demanda do paciente que irá ser assistido. Assim como as visitas domiciliares, com dias e horários demarcados para visita de cada profissional, incluindo o NASF.

Os grupos operativos também fazem parte do dia a dia de nossa equipe. Eles acontecem todas às sextas feiras pela manhã. São quatro grupos em andamento no momento: o grupo de gestantes, de hipertensos e diabéticos, de saúde bucal, voltado para crianças até 10 anos e o grupo para pacientes com sobrepeso.

Nossa tentativa agora é implementar mais dois grupos: o de saúde mental, voltado para pessoas com ansiedade e depressão, e outro sobre saúde sexual e reprodutiva, abrangendo adolescentes e jovens adultos.

A **agenda do médico** é assim constituída: às segundas feiras, na parte da manhã, á tarde realiza atendimentos de pacientes por solicitação espontânea; às terças feiras, de manhã, puericultura e atendimento de crianças, em geral e à tarde, retorno de pacientes após realização de exames solicitados; às quarta, períodos manhã e tarde, dia de estudos; às quintas feiras atendimento em conjunto de pré-natal (enfermeiro e médico) e, à tarde, visitas domiciliares. Às sextas feiras, de manhã, atendimento de Hipertensos e Diabéticos e à tarde, renovação de receitas de uso crônico

As segundas-feiras atendemos especificamente pacientes que solicitam consulta médica por meio de um caderno oferecido preenchido por todas as agentes de saúde. As consultas são marcadas com antecedência e normalmente não se configuram problemas de agenda.

No entanto, entendo que a proximidade das agentes de saúde com algumas famílias torna o processo muitas vezes injusto, já que algumas pessoas são privilegiadas, realizando maior número de consultas e procedimentos.

Nesse sentido, é necessária revisão do processo, por meio de uma estratégia capaz de sistematizar a marcação de consultas e promover o acesso integral de todos os pacientes.

As terças feiras, como a oferta de pediatria pelo município é ampla, é possível que 100% das crianças atendidas na área consultem pelo menos uma vez ao ano com o especialista.

Desse modo, se faz necessária a implementação de estratégias que mantenham as mães atentas aos dias de puericultura no ESF, já que principalmente até os seis meses de idade, uma consulta ao ano não é suficiente. No entanto, observo que a demanda pelas consultas é grande e o número de abstenções enorme. À tarde, se faz necessário um momento para revisão de exames solicitados. Entendo ser uma oferta que funciona corretamente, já que reduz o tempo dos retornos, torna as consultas mais rápidas e direcionadas, e proporciona atenção integral e continuada do indivíduo.

Na quinta feira pela manhã, iniciamos há alguns dias, a implementação das consultas compartilhadas de pré-natal. Realizo as consultas em conjunto com a enfermeira responsável pela unidade, o que até o momento melhorou a qualidade dos atendimentos, preenchimento correto dos cartões e prontuários e acolhimento das gestantes.

Nossa unidade não possui uma grande demanda de indivíduos com necessidade de visitas domiciliares. Desse modo, as tardes de quinta-feira se dividem em visitar pacientes acamados e com dificuldade de movimentação, e famílias de alto risco, que precisam de atenção e cuidados, principalmente as que têm gestantes e crianças menores de dois anos.

No que tange às visitas domiciliares, ainda estamos em processo de avaliação da melhor forma de programação, já que o município não nos oferece transporte, o que torna cada visita mais demorada e reduz significativamente a quantidade de atendimentos realizados.

Nas sextas-feiras pela manhã realizamos o atendimento de hipertensos e diabéticos, já relacionados em uma lista digitalizada, na qual realizamos o controle de consultas e exames preventivos, como revisão laboratorial e avaliação dos pés. A lista implementada há alguns meses forneceu material para que os pacientes possam ser acompanhados com atenção integral.

Estamos avaliando, no momento, a implementação de lista semelhante para acompanhamento de gestantes, puérperas e usuários da saúde mental. Gradativamente, o objetivo é adicionar todos os pacientes da área.

A realização de renovação de receitas é realizada após análise de prontuário, e torna possível também a revisão de usuários para posterior implementação de medidas preventivas.

É importante salientar que em todos os turnos são reservadas três vagas para atendimentos de demanda espontânea. Após acolhimento do paciente é analisada a necessidade de atendimento no próprio dia da demanda ou posterior marcação de consulta. Também acho válido incluir que pelo menos uma terça à tarde do mês, geralmente a última terça, é utilizada para planejamento de ações para o próximo mês e avaliação das atividades realizadas no mês transcorrido.

A **agenda do enfermeiro** é assim programada: segunda feira, pela manhã, exame preventivo e à tarde, acolhimento de pacientes; às terças feiras, manhã, visitas de puericultura e puerpério e à tarde, atividades administrativas; às quartas feiras, manhã e tarde, acolhimento de pacientes; às quinta feiras, manhã, pré-natal compartilhado e à tarde, visitas domiciliares. Às sextas feiras, manhã e tarde, acolhimento de pacientes

A enfermeira tem uma função de extrema importância no ESF. Dentre suas funções destacam-se: o atendimento preventivo ginecológico, o acolhimento de pacientes, as visitas de puericultura e puerpério, a realização de atividades de pré-natal compartilhado e visitas domiciliares.

Além disso, também é responsável pela realização pelas atividades administrativas e implementação de projetos e atividades para melhoria da gestão e do atendimento de todo o ESF. Lamentavelmente, o excesso de demanda dificulta a realização de reuniões e outros serviços buscando uma melhoria integral no atendimento.

A **agenda do ACS** é assim planejada: as ACS seguem uma agenda mais flexível, de acordo com a demanda necessária no ESF. Suas atividades se dividem entre: visitas domiciliares, adscrição de clientela por meio do caderno de famílias, manutenção dos cadastros atualizados, tendo assim um contato mais direto com os pacientes.

Dessa forma, os ACS são capazes de passar para a equipe de saúde o *status* de todos os pacientes, facilitando a definição de uma ordem de importância no acompanhamento do atendimento. Nesse quesito, é necessária a realização de atividades de qualificação e educação permanente para os ACS de nossa unidade. Eles não têm consciência adequada de suas atribuições no processo de trabalho, não sendo considerados capazes de exercer suas atividades com a eficiência e a eficácia exigida.

O **Técnico de Enfermagem**, por sua vez, tem como atribuições o aferimento de pressão, o aferimento de glicemia capilar, gerando um controle diário dos pacientes. Além disso, também é responsável pelo acolhimento dos pacientes e pela realização de atividades importantes, como a troca de curativos, a limpeza de feridas e, também, as visitas domiciliares.

Outra atribuição do técnico é a avaliação e o controle de insumos, verificando a necessidade de solicitar novos materiais sempre que houver demanda.

Infelizmente, o ESF Aeroporto não conta com uma sala de vacinação, sendo assim, o técnico não é responsável pela realização dessa atividade.

É válido ressaltar que toda a prestação de serviços desse profissional depende diretamente da demanda, não havendo uma rotina fixa de trabalho. Por fim, o técnico de enfermagem não apresenta participação ativa nos processos de avaliações, gestão e das reuniões de avaliação para melhoria de atendimento.

A **agenda do NASF** é assim constituída: segunda feira, pela manhã, atendimento pela nutricionista. Terça, manhã, pela Assistente Social. As quarta feiras, tarde, temos o profissional de educação física, às quintas, manha, a Fonoaudiologia e às sexta feiras, manhã, a psicologia.

São realizados agendamentos periódicos de acordo com as necessidades de atendimento dos pacientes. As atividades acontecem semanalmente, podendo ocorrer individualmente ou em grupos. Não existe muita integração entre a equipe do NASF e a equipe da ESF, exceto em casos pontuais, como a realização periódica do matriciamento.

Dessa forma, se torna necessário uma reavaliação dos processos e interação das equipes, já que isso interfere no atendimento completo e integral dos pacientes.

A **agenda da saúde Bucal** é assim feita: às segundas, terças, quartas feiras e sexta feiras, manhã e tarde, atendimento de agendamentos e consultas de urgência. Às quintas feiras, manhã, atendimento de agendamentos e consultas de urgência e à tarde, Projeto Sorriso Feliz.

A realização de atividades da saúde bucal é realizada através de uma lista de pacientes que procuram por demanda espontânea as consultas. Nessa lista, há uma priorização de pacientes em condições especiais, como gestantes, crianças, idosos e outras necessidades de atendimento prioritário.

Também são selecionadas vagas para atendimento emergencial e realizadas campanhas periódicas de saúde bucal, visando à melhoria do atendimento e prevenção de doenças odontológicas.

O projeto Sorriso Feliz abrange o atendimento de crianças com faixa etária de até 5 anos. Seu objetivo é ensiná-las a aprender como se deve realizar uma higienização adequada da boca, por meio de oficinas de escovação e outras atividades.

O atendimento de saúde bucal está bem consolidado, realizando com eficácia atividades preventivas, tratando de problemas pontuais com eficiência e, ainda, cuidando de todos os casos considerados mais graves com grande sucesso. Sendo assim, toda a população é devidamente atendida e a maioria das patologias são inteiramente sanadas.

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

Por meio do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência atendida pela eSF Aeroporto e fundamentado em Faria, Campos e Santos (2018) foram identificados os principais problemas de saúde:

- Controle deficiente do DM e da HAS;
- Não comparecimento ao rastreamento de CA de colo de útero;
- Desemprego e carência financeira da população;
- Falta de materiais necessários para a realização dos procedimentos
- Falta de medicações;
- Dificuldade para realização do fluxo de pacientes, dentro dos níveis de complexidade.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema prioritário para plano de intervenção (segundo passo)

No Quadro 3 estão apresentados os principais problemas e sua classificação de acordo com importância, relevância e capacidade de enfrentamento.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Aeroporto, Unidade Básica de Saúde ESF Aeroporto, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2019

Principais Problemas	Importância*	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção ****
Controle deficiente do DM e da HAS	Alta	6	Parcial	1
Não comparecimento ao rastreamento de CA de colo de útero.	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	4	Fora	3
Falta de materiais necessários para realização de procedimentos	Alta	5		
Falta de medicações	Alta	5	Fora	3
Dificuldade de realização do fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade	Alta	5	Fora	3

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O quadro 3 foi elaborado através de problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita à equipe de saúde do ESF Aeroporto. Foi selecionada ordem de prioridade através das alterações que mais impactam na qualidade de vida dos cidadãos, e que merecem um olhar mais atento das políticas públicas de saúde.

Foi observada também a capacidade de enfrentamento das situações de saúde pela equipe da UBS, e identificadas aquelas que podem ser modificadas através de medidas realizadas no próprio ESF.

Com isso, selecionamos ordem de prioridade como nível 1 para o baixo controle de doenças como o DM e a HAS, doenças que podem provocar consequências graves a saúde da população, e também gerar altas despesas para a gestão de saúde do município.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são condições de saúde muito comuns em nossa região seguindo, portanto, o que vem ocorrendo no Brasil e no mundo. É importante ressaltar que a HAS pode ser associada a alterações de alguns órgãos-alvo, por conta de elevados níveis de pressão arterial, que contribui para o aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

Radovanovic *et al.* (2014, p.550) apresentam a seguinte informação:

Os indivíduos com idade entre 50 e 59 anos têm 5,35 vezes mais chances de serem hipertensos do que os de 20 aos 29 anos. Os fumantes têm 2,36 vezes mais chances do que os não fumantes; os obesos têm 2,35 vezes mais chances do que os indivíduos de peso normal, e os indivíduos com DM têm 2,9 vezes mais chances de serem hipertensos do que os sem DM

Para além desses fatores de risco que são observados, as pessoas que sofrem de hipertensão necessitam de total atenção, na medida em que podem apresentar algumas complicações crônicas em órgãos-alvo, como por exemplo, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, hipertrofia ventricular esquerda, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo Oliveira, Montenegro Junior e Vencio (2017) muitas pessoas são diagnosticadas tardiamente, época em que surgem as complicações próprias da evolução da doença, em razão do Diabetes Mellitus ser uma doença silenciosa no seu início.

Como destacado, a HAS e a Diabetes Mellitus são doenças preocupantes e que, na ausência do devido cuidado, podem gerar grandes problemas de saúde mais graves para habitantes da nossa área de abrangência. Uma das possibilidades de diminuir a incidência de hipertensos e com complicações é propor atividades educativas que promovam conhecimento, tomadas de decisão conscientes e melhoria nos hábitos inadequados para a saúde.

Não podemos deixar de levar em consideração que há um percentual significativo de hipertensos e diabéticos na região de abrangência do ESF Aeroporto. E, somado a isso, temos a pequena participação desses pacientes em tratamentos. Assim, espera-se que o plano de intervenção com projetos e operações efetivas seja capaz de aumentar o número de pacientes assistidos e, principalmente, reduzir as taxas de mortalidade e aumentar a qualidade de vida dos enfermos.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com o objetivo de melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes nos pacientes atendidos pela equipe da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, Sete Lagoas, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional, método desenvolvido pelo chileno Carlos Matus e que permite, a partir dos problemas identificados em determinada área, eleger aquele considerado prioritário e a propor soluções a partir disso (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para fundamentação do plano foi feita uma revisão da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), com os indexadores: Estratégia Saúde da Família, hipertensão, diabetes e educação em saúde.

Os Cadernos do Ministério da Saúde e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão e de Diabetes também foram consultados para maior evidência científica das ações propostas no plano de intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a, p.17), classifica a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada de uma pessoa no sistema de saúde, e diz que ela tem o “papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde”. Cabe, portanto, à PAS desenvolver, estratégias de atendimento que possam promover cuidados de promoção da saúde, prevenção de doenças preventivos e, conseqüentemente, qualidade de vida da população (BRASIL, 2014a, p.17).

A Estratégia Saúde da Família objetiva à reorganização da atenção primária no país, de acordo com os preceitos e princípios do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida, nesses termos, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2014a, p.19). Ela tem como princípio basilar atender a qualidade de vida dos brasileiros e intervir em fatores que possam colocar a saúde das pessoas em risco, como por exemplo a falta de práticas de atividade física, uso de tabaco e má alimentação. A ESF fortalece como porta de entrada para o SUS, através da atenção integral, contínua e equânime (BRASIL, 2014a):

A equipe da ESF é tida como multiprofissional, pois é composta por diferentes profissionais atuando em um mesmo local de trabalho. Elas também são interprofissionais, principalmente por haver integração por meio da interação entre o trabalho de diferentes profissionais, a fim de potencializar os resultados da equipe. Estes aspectos são empregados nos serviços de saúde, em especial, na atenção primária, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade dos cuidados (PERUZZO *et al.*, 2018, p. 2).

5.2 Hipertensão

A pressão arterial é a velocidade em que o sangue percorre os vasos sanguíneos, a partir da pressão gerada pelo coração dentro das artérias que gera uma distensão da sua parede, onde o sangue se movimenta de forma ininterrupta por causa da diferença de pressões do circuito (GOUVEIA; FEITOSA; FEITOSA, 2018). O aumento dos níveis pressóricos de forma contínua, causam a Hipertensão Arterial

Sistêmica, as elevações de pressão produzem lesões arteriais, como lesões cardíacas, cerebrais e renais, onde recebem um fluxo sanguíneo maior que os demais (MAGALHÃES; AMORIM; REZENDE, 2018).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada alta acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (BRASIL, 2014b).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. (MALACHIAS *et al.* 2016, p.18).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (MALACHIAS *et al.* ,2016), estão entre os principais fatores de risco para HAS: os indivíduos com idade acima de 60 anos, obesidade, tabagismo, sedentarismo, aumento da circunferência abdominal, alcoolismo, dislipidemia, história familiar, genética, entre outras. Esta doença está intimamente ligada a eventos como morte súbita, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica e doença renal crônica. Além disso, estes fatores quando associados à HAS já instalada, contribuem para o descontrole dos níveis pressóricos e subsequente aumento do risco cardiovascular. O conhecimento e identificação destes fatores de risco são fundamentais para estabelecimento de medidas de prevenção e controle da hipertensão.

Estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a existência de aproximadamente 600 milhões de pessoas com HAS. Esta representa o principal fator de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), e é responsável por grande parte das doenças prevalentes hoje bem como responsável por incapacidades que levam anos de vida perdidos e diminuem a qualidade de vida da população (MALTA *et al.*, 2018).

Para o tratamento de HAS é fundamental a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Existem dois fatores que interferem no controle da PA: má adesão ao tratamento e inércia em reajustar a dose dos anti-hipertensivos. Portanto, algumas medidas são imprescindíveis para melhorar a adesão ao tratamento como

preferir medicações de baixo custo, simplificar a posologia e incluir o paciente na terapêutica. O uso de doses baixas é mais eficaz, com maior aderência e menos efeitos colaterais (WILLIAMS *et al.*, 2018).

De acordo com Pinho e Pierin (2013, p. 65), “ O conhecimento dos níveis de controle da hipertensão arterial é de grande relevância no planejamento dos recursos terapêuticos e na avaliação do alcance e da efetividade das medidas adotadas”. E Portela *et al.* (2016, p.308) referem que “o acompanhamento e o controle da hipertensão evitam o surgimento e a progressão das complicações da doença, reduzem o número de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular.”

O tratamento medicamentoso para hipertensão arterial geralmente é iniciado com um ou dois anti-hipertensivos, e gradativamente podem ser associados outros medicamentos, o que pode contribuir para diminuir a adesão ao tratamento. Quando se trata de tratamento farmacológico, o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA (BARRETO *et al.*, 2015).

A adesão ao tratamento farmacológico envolve diferentes elementos que constituem esse processo: o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, bem como o meio social e cultural do usuário e de sua família. Para que a adesão seja alcançada, são necessários o alinhamento e a organização desses elementos (REINERS *et al.*, 2012 *apud* GEWEHR, 2018, p. 185).

Em relação ao tratamento não medicamentosos, o Ministério da Saúde afirma que ele “é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida” (BRASIL, 2014b, p.57).

Deve-se, portanto, trabalhar para que os pacientes hipertensos adotem hábitos de vida saudáveis, como alimentação, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo e diminuição do consumo de álcool (BRASIL, 2014b).

Devem ser metas dos profissionais de saúde na atenção primária a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da

hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. A prevenção do desenvolvimento da HA engloba políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. Além do diagnóstico precoce, são necessários: tratamento contínuo, controle da PA e dos fatores de risco associados à educação para a saúde para se obter mudanças no estilo de vida e uso regular de medicamentos (MALACHIAS *et al.*, 2016)

5.3 *Diabetes mellitus*

O diabetes *mellitus* (DM) é um problema de saúde crescente em todos os países, desenvolvidos ou não, o que vem o colocando em posição de destaque com o passar dos anos. De acordo com estimativas mundiais há a probabilidade de que 382 milhões de pessoas sejam diabéticas (8,3%), podendo esse número chegar a 592 milhões em 2035 (GUARIGUATA *et al.*, 2014)

O aumento da doença está relacionado a inúmeros 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, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES, 2020).

O Ministério da Saúde alerta a respeito da pessoa com diabetes mellitus (DM) permanecer assintomática por muito tempo levando ao diagnóstico tardio que é feito não pela clínica, mas pelos seus fatores de risco. Sabendo dessa situação, cabe às equipes de Atenção Básica maior atenção para na anamnese se atentarem não somente para os sintomas clássicos do DM, mas os fatores tais como alimentação não saudável, sedentarismo e obesidade (BRASIL, 2013).

De acordo com a American Diabetes Association (2014), o DM é dividido em quatro classes: DM Tipo 1 atinge cerca de 8% e as pessoas apresentam deficiência de insulina causada por destruição das células beta pancreáticas, doenças auto imune; DM Tipo 2 , atinge cerca de 90% e as pessoas apresentam resistência periférica à insulina com secreção compensatória insuficiente; DM Gestacional (incapacidade

das mulheres aumentarem a sua secreção de insulina durante a gravidez) e outros tipos específicos secundários a outras patologias.

O DM tipo I é uma doença autoimune que ocorre devido a uma interação de fatores ambientais, genéticos e imunológicos, deflagrando-se uma resposta necroinflamatória das ilhotas pancreáticas, levando à destruição progressiva de praticamente todas as células betapancreáticas e assim culminando em baixa produção de insulina, com consequente hiperglicemia (GUARIGUATA *et al.*, 2014)

Segundo Schmidt, Benetti e Aires (2017), o DM2 tem relação direta com a disfunção endotelial e a dislipidemia, facilitando a ocorrência de aterosclerose. Seu manejo é um desafio para a saúde pública e objetiva evitar suas principais complicações, como doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, ocorrências que culminam em internações hospitalares e diminuição da capacidade funcional.

Com efeito, os principais sinais e sintomas sugestivos do diabetes são os denominados os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso”. Tais sintomas podem ser verificado no DM tipo 2, mas são mais agudos no tipo 1, podendo avançar” para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga” (BRASIL, 2013, p. 30).

A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos (WHO, 2016 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES, 2020, p.18).

No que concerne ao tratamento das pessoas com DM, a programação para tratamento e o acompanhamento na Atenção Básica devem atender às necessidades de cuidado integral e, também, longitudinal. Assim, incluem desde educação para mudança de estilo de vida, quanto o controle metabólico e a prevenção das complicações. Portanto, a população deve ser orientada sobre a importância da adoção de alimentação saudável, prática regular de atividade física, diminuição ou abandono de álcool e tabagismo. Algumas pessoas precisarão, a depender das circunstâncias de tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013).

A DM com pressão arterial alta associada aos elevados níveis de colesterol, glicose sanguíneos bem como outros fatores de risco contribuem para um risco aumentado de complicações cardiovasculares.

Nesse cenário, os pacientes com DM também estão predispostos a desenvolverem as denominadas doenças cardiovasculares, como a angina, o acidente vascular cerebral, o enfarte agudo do miocárdio, a doença arterial periférica e a insuficiência cardíaca congestiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

Segundo Iquize *et al.* (2017, p. 201) “a qualidade de vida da pessoa com diabetes mellitus está intimamente ligada ao monitoramento glicêmico e este, à quantidade e qualidade da informação recebida por ele e por sua equipe multidisciplinar.” É, portanto, competência da equipe de saúde que atende o paciente diabético conscientizá-lo para aderir ao tratamento e alterar seus hábitos inadequados de vida.

Além disso, Iquize *et al.* (2017, p.203), após estudo de revisão sistemática, apontam que:

Ao estudar as variáveis clínicas e o autogerenciamento dos cuidados em diabetes, observou-se que é relevante considerar os aspectos demográficos, sociais e culturais do viver dos clientes para que se possa obter uma mudança de comportamento, favorecendo melhor convivência com a doença. Apontando que a educação é fundamental para o autogerenciamento dos cuidados da doença, e auxilia na redução de complicações crônicas.

Por certo, a atividade física, por aumentar o gasto calórico e estimular a circulação sanguínea, associada à perda ponderal e redução da obesidade, provoca melhora da resistência periférica à insulina, além de melhorar o condicionamento cardíaco (OLIVEIRA; JUNIOR; VENCIO, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema prioritário para propor ações educativas foi “Controle deficiente do DM e da HAS”, uma vez que na nossa área de abrangência há a presença de elevado número de hipertensos e diabéticos, em sua maioria pacientes também obesos e portadores de síndromes metabólicas. De acordo com o levantamento realizado na unidade, apenas 30% desses possuem uma dieta equilibrada e praticam exercícios para redução do risco cardiovascular.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

A principal causa do controle ineficiente da HAS e do DM é, provavelmente, a dificuldade gerada por mudanças no estilo de vida dos pacientes e a falta de entendimento sobre o ciclo da doença, o que dificulta adesão ao tratamento.

Além disso, ambas as doenças podem passar por um longo período assintomático, ocasionando a falsa impressão de que não existem consequências associadas aos níveis elevados de glicose e de pressão arterial.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais nós críticos são:

- Hábitos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação sobre o processo da doença e suas consequências;
- Atividades educativas realizadas de maneira incorreta (melhorando os exercícios físicos e dieta saudável);
- Pouco conhecimento da equipe sobre o processo da doença.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (6º a 10º passo).

Os quadros 4, 5, 6 e 7, a seguir apresentam, para cada nó crítico, as operações, projetos, produtos, recursos e resultados esperados, e o seu monitoramento.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados
6º passo: operação (operações)	Reduzir o sedentarismo e iniciar uma dieta equilibrada e saudável. Aos fumantes alertar sobre a necessidade de abandonar cigarro e trabalhar para diminuição do álcool as pessoas que o consomem.
6º passo: projeto	<i>Programa mexa-se e o programa cozinha saudável</i>
6º passo: resultados esperados	Redução do sedentarismo Alimentação mais saudável. Queda no consumo de álcool e cigarros Melhora da qualidade de vida
6º passo: produtos esperados	Grupos educativos em funcionamento Redução das taxas de descompensação provenientes das falhas de cuidado com DM e HAS
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Necessária a mobilização da população para com a campanha; Financeiro: Aquisição de recursos didáticos, folders, panfletos de divulgação; Político: Mobilização intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Participação da população nos grupos e participação ativa do NASF Político: Mobilização intersetorial Financeiro: Investimento no prêmio para o paciente mais dedicado
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe da ESF – Favorável; Gerente da UBS.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica da ESF, por 6 meses, através da realização de atividades físicas coletivas para motivação do grupo operativo, propor uma caminhada coletiva com premiação para o individuo que se sair melhor.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento feito através de listas de presenças nos grupos operativos e nas atividades físicas realizadas, monitorados juntamente com a aferição de pressão e glicemia.

Fonte: Da autora, 2020.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixo nível de informação sobre o processo da doença e suas consequências
6º passo: operação (operações)	Conscientizar os hipertensos e diabéticos da comunidade sobre a importância do controle da pressão arterial e da glicemia
6º passo: projeto	<i>Controle sua doença</i>
6º passo: resultados esperados	População mais consciente sobre os riscos do descontrole da pressão arterial e da glicemia modificando seus hábitos de vida e aderindo ao tratamento
6º passo: produtos esperados	Grupos educativos ativos e População aderindo ao tratamento e modificando seus hábitos de vida; População preocupada com a sua saúde; População aderindo ao autocuidado Redução das taxas de descompensação provenientes das falhas de cuidado com DM e HAS
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Reorganização da agenda da unidade; Cognitivo: Necessária a mobilização da população para com a campanha; Financeiro: Aquisição de recursos didáticos, folders, panfletos de divulgação; Político: Mobilização intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: para a aquisição de recursos (panfletos e folders); Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da USF – Favorável; Estimular os usuários da equipe para participarem dos grupos educativos enfatizando a importância da adesão ao tratamento devido aos riscos que podem acarretar caso tenham uma PA ou DM descompensados.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Realização de grupos sistematicamente e mensalmente. Médica da unidade de saúde;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Verificação da PA e controle da glicemia. Orientar sobre possíveis sinais e sintomas de pressão alta e glicose aumentada. Consultas com intervalos menores aos usuários com problemas de seguir as orientações.

Fonte: Da autora, 2020.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Atividades educativas realizadas de maneira incorreta (exercícios físicos, dieta saudável)
6º passo: operação (operações)	Realizar grupos educativos baseados nas demandas e necessidades dos usuários. Orientar acerca de atividades físicas e alimentação saudável. Os usuários discutem e, sob orientação do Coordenador do grupo, encontram soluções viáveis para suas demandas.
6º passo: projeto	<i>Estou falando, sou escutado.</i>
6º passo: resultados esperados	População expressando suas queixas e dúvidas e sabendo resolvê-las; População realizando atividades físicas corretamente, sem colocar em risco sua integridade física além de melhorar a alimentação.
6º passo: produtos esperados	População sendo orientada e, assim: População modificando seus hábitos de vida População motivada a fazer atividades físicas Diminuição do número de queixas e fraturas devido à prática incorreta de atividades físicas
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Adequação da agenda dos profissionais do NASF para atender os pacientes da unidade de saúde Cognitivo: Necessária a mobilização da população para participação nos grupos educativos Financeiro: Aquisição de recursos para a filmagem dos vídeos aulas; Político: Adesão do NASF ao plano proposto
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde e da equipe do NASF. Cognitivo: adesão da população
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da USF – Favorável; Estimular os profissionais da equipe para estudarem mais sobre como fazer grupos educativos Realização de vídeos aula explicativas de como devem ser feitas as atividades físicas, atividades físicas nas academias populares monitoradas pelo profissional de Educação Física
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Profissional de Educação Física do NASF juntamente com os agentes de saúde da unidade para o acompanhamento das atividades e divulgação das vídeos-aulas. 6 meses de duração
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Visitas dos ACS as casas para saber se a população está aderindo ao plano e acompanhando os vídeos aulas propostas

Fonte: Da autora, 2020.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Controle deficiente do DM e da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aeroporto, do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Pouco conhecimento da equipe sobre o processo da doença.
6º passo: operação (operações)	Capacitar a equipe de saúde da família sobre HAS e DM Discutir as ações propostas para cuidado do paciente com HAS e DM conforme os Cadernos 36 e 37 do Ministério da Saúde e as Diretrizes de Hipertensão e de Diabetes.
6º passo: projeto	<i>Equipe capacitada trabalha melhor</i>
6º passo: resultados esperados	Equipe de saúde da família capacitada para melhor entender as condições crônicas de saúde da população, sabendo orientar os usuários nas suas dúvidas, e serem menos dependente da médica da unidade.
6º passo: produtos esperados	Equipe difundindo conhecimento para a população Equipe realizando atendimento humanizado e de alto nível ao pacientes diabéticos e hipertensos
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Adequação da agenda dos profissionais da unidade para a participação do plano Cognitivo: Material bibliográfico para leitura e discussão disponíveis para a equipe Financeiro: Aquisição de recursos didáticos para equipe;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da USF – Favorável; Realização de atividades didáticas em grupo com a disponibilização de materiais bibliográficos para estudo e discussão de toda a equipe e disseminação de conhecimentos na comunidade.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica da ESF 6 meses de duração ou quanto tempo for necessário para atualizações
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Relatórios mensais que descrevam o desenvolvimento discussões em grupo e registro de como a equipe está se sentindo capacitada e o que mais gostariam de estudar bem como avaliação do grupo.

Fonte: Da autora, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho e durante o dia a dia na ESF foi possível perceber, claramente, o impacto que as melhorias nos hábitos alimentares, na participação de atividades físicas e outros hábitos saudáveis de saúde dos pacientes apresenta positivamente no tratamento de comorbidades como a *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica.

Contudo, o grande desafio não é simplesmente explicar aos pacientes o resultado que eles podem ter ao mudar seus hábitos de vida, mas sim fazê-los entender a importância dessa mudança e, principalmente, colocá-las em prática. A mudança de hábitos deve ser para o resto da vida dos pacientes, e não apenas temporariamente, como se estivéssemos tratando de uma doença pontual.

Muitas pessoas apresentaram algumas resistências, principalmente quando levamos em consideração costumes alimentares e de atividade física. Convencê-los a se exercitar e, também, a se alimentarem com mais verduras, frutas e legumes, em vez de salgados, churrasco e bebida alcoólica é uma tarefa constante e recorrente.

O médico, o enfermeiro e os demais profissionais de saúde devem dar exemplo com atitudes saudáveis e, sempre, explicar para os pacientes, quantas vezes for necessário, a importância e a diferença que hábitos saudáveis terão na vida de cada pessoa.

Atitudes como esta serão capazes de diminuir os efeitos das doenças e, também, aumentar a conscientização da população. Por fim, é importante ressaltar que essa mudança de hábitos também será benéfica para outros pontos da vida das pessoas, aumentando a disposição, diminuindo níveis de estresse e melhorando a vida como um todo, não somente os aspectos relacionados às enfermidades. Sendo assim, podemos concluir que apesar de toda a dificuldade, vale a pena “bater na mesma tecla” todos os dias, pois os ganhos são imensuráveis.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. S. *et al.* Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 60-67, Feb. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018
- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DO DIABETES (FID). Diabetes prevention. 2020 [online]. Disponível em: <<https://www.idf.org/aboutdiabetes/prevention.html>> Acesso em: 20 de fev. de 2020.
- GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 179-190, Jan. 2018
- GOUVEIA, M. M. A.; FEITOSA, C. L. D. M; FEITOSA, A. D. M. Gênese e fatores de risco para Hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p 13-17, 2018. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- GUARIGUATA, L.*et al.* Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 103, n. 2, p.137-149, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**, Sete Lagoas. **Panorama**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/setelagoas/panorama> Acesso em 20.mai.2019
- IQUIZE, R. C. C.*et al.* Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 39, n. 2, p. 196-204, June 2017

MAGALHÃES, A. R.; AMORIM, A. M.; REZENDE, E. P. Conceitos e aspectos epidemiológicos da Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p 6-12, 2018. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 – Diagnóstico, Classificação e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180021, 2018

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018

PINHO, N. A. PIERIN, A. M. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol.** v.101, n.3, p. 65-73, 2013.

PORTELA, P. P. *et al.* Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 307-315, Junho de 2016.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, Aug. 2014.

SETE LAGOAS. Prefeitura Municipal de Sete Lagoas **História**. 2019. Disponível em: <<http://setelagoas.com.br/sete-lagoas/cidade/historia>>. Acesso em 20.mai.2019

SCHMIDT, L.I.; BENETTI, F.; AIRES, M. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, 2.ed. Saúde Brasil, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**. São Paulo: Editora Clannad, 2020

WILLIAMS, B. *et al.* ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **European Heart Journal**, v. 39, n. 33, p. 3054-3068, 2018. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>>. Acesso em: 01. ago. 2020.