

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mayza Paula Gomes de Lima

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA
ENFRENTAMENTO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSIVÉIS ENTRE A POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA HUMAITÁ DO MUNICÍPIO DE MUTUM/MINAS GERAIS**

**Ipatinga- Minas Gerais
2020**

Mayza Paula Gomes de Lima

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA
ENFRENTAMENTO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSIVÉIS ENTRE A POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA HUMAITÁ DO MUNICÍPIO DE MUTUM/MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Ms. Zilda Cristina
dos Santos

Ipatinga- Minas Gerais

2020

Mayza Paula Gomes de Lima

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA
ENFRENTAMENTO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS ENTRE A POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA HUMAITÁ DO MUNICÍPIO DE MUTUM/MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Ms. Zilda Cristina dos Santos

Banca examinadora

Professora. Zilda Cristina dos Santos, Mestre, UFMG

Professora Maria Dolôres Soares Madureira, Mestre, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com base no cotidiano de uma Unidade de Saúde no Município de Mutum-MG, mais especificamente no distrito de Humaitá, aonde tem uma demanda alta de pessoas com doença crônicas não transmissíveis, sendo as principais diabetes e hipertensão. A literatura e a realidade têm mostrado que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são um problema de saúde pública, e uma das principais formas de enfrentamento é a educação em saúde. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção que visa o enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes e hipertensão. Para realização deste projeto utilizou Planejamento Estratégico Situacional que consiste em descrição do problema selecionado, seguido de explicação da problemática, seleção dos nós críticos e elaboração das ações. Verifica-se que as doenças crônicas não transmissíveis representam uma alta demanda para atenção básica, e com isso espera-se que este projeto contribua para a redução da prevalência dessas doenças na Unidade Básica de Saúde bem como incremento na qualidade de vida da população local.

Palavras-chave: Doenças Crônicas. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present work was developed based on the daily life of a Health Unit in the Municipality of Mutum-MG, more specific in the district of Humaitá, in addition to a high demand of people with chronic non-communicable disease, being the main diabetes and hypertension. Literature and reality have shown that Chronic Noncommunicable Diseases are a public health problem, and one of the main forms of coping and health education. This work aims to develop an intervention project that aims at or tackles the prevalence of chronic non-communicable diseases, such as diabetes and hypertension. To carry out this project, use the Situational Strategic Planning that consists of the description of the selected problem, followed by the explanation of the problem, selection of critical nodes and elaboration of actions. Check if chronic non-communicable diseases represent a high demand for primary care, and with this hope that this project will contribute to reducing the prevalence of diseases caused by the Basic Health Unit, in addition to increasing the quality of life of the local population.

Keywords: Chronic Diseases. Health Education. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Rotina da Equipe de Saúde Humaitá, Unidade Básica de Saúde Humaitá, município de Mutum, estado de Minas Gerais.....12

Quadro 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Humaitá, Unidade Básica de Saúde Humaitá, município de Mutum, estado de Minas Gerais.....13

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Construção de estratégias de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Humaitá, do município São Francisco do Humaitá, estado de (Minas Gerais).....23

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Construção de estratégias de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Humaitá, do município São Francisco do Humaitá, estado de (Minas Gerais).....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APAE | Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>) |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LILACS | Literatura Latino-Americana E Do Caribe Em Ciências Da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial De Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PNE | Portadores de Necessidades Especiais |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SciELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 09 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 09 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 09 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 10 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Humaitá | 11 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família Humaitá da Unidade Básica de Saúde Humaitá | 11 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Humaitá | 11 |
| 1.7 O dia a dia da equipe Humaitá | 12 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 13 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 13 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 Objetivo geral | 15 |
| 3.2 Objetivos específicos | 15 |
| 4 METODOLOGIA | 16 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 17 |
| 5.1 Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica | 17 |
| 5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis | 18 |
| 5.3 Educação em Saúde | 19 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 21 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 21 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) | 21 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 22 |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) | 22 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 25 |
| REFERÊNCIAS | 26 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Mutum- MG tem área de aproximadamente 1.256,08 km², faz fronteira ao Sul com Lajinha e ao Norte com Aimorés. Há 6 distritos pertencentes ao município: Sede, Humaitá, Imbiruçu, Roseiral, Centenário e Ocidente e 4 povoados, Santa Rita, Santa Maria, Lajinha do Mutum e Santa Efigênia (PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM, 2019).

A população estimada para 2019 é de 29.979 habitantes, a taxa de escolarização do município é de 94.9% entre crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade. A mortalidade infantil chega a 2.72 óbitos por mil nascidos vivos. O município apresenta ainda 45.5% de domicílios com condições ideais de saneamento básico. Em relação ao meio ambiente e paisagem a arborização corresponde a 73% das residências (IBGE, 2019).

A principal atividade econômica é o setor agropecuário, com foco principal na exploração de plantações de milho, feijão e café (PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde de Mutum está estruturado por meio de 10 Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), representando 100% de cobertura da população. Seis equipes encontram-se na Zona Rural nos distritos de Ocidente, Santa Rita, Centenário, Roseiral, Humaitá e Imbiruçu, as outras situam-se na zona urbana nos bairros de Cantinho do Céu (duas unidades), Vila Norberto e Centro. Também conta com hospital conveniado do SUS, Hospital São Vicente de Paulo, que é o único de Mutum conveniados ao SUS, e, também, possui uma Unidade de Pronto Atendimento, que hoje funciona em espaço cedido pelo Hospital São Vicente de Paula (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

A Farmácia de Minas foi implantada em 2014 e funciona como Farmácia Popular centralizada na cidade de Mutum. Além disso, existem 13 farmácias particulares

todas com convênio com o SUS, onde a população pode obter os medicamentos grátis pactuados pelo SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM, 2019).

O município conta ainda com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) CAPS I e CAPS infanto-juvenil. Há também um laboratório de Prótese Dentária, de administração municipal, e uma sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que presta assistência educacional e fisioterápica aos portadores de necessidades especiais do município – PNE.

O município possuía dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com equipe completa. No entanto, o programa foi extinto em 2020 com base na nota técnica nº 3/2020 emitida pelo Governo Federal (BRASIL, 2020).

Apesar da suspensão do programa, ainda há dentista e auxiliares, os quais atendem de segunda-feira à sexta-feira. Além disso, os usuários podem utilizar, pelo SUS e com convênios, as especialidades cardiologia, obstetrícia e ginecologia, ortopedista, oftalmologista e pediatra. Caso seja necessário utilizar o convênio, o valor das consultas é reduzido. O atendimento da especialidade endocrinologista é realizado em Mutum. Já a especialidade otorrinolaringologista é referenciada para Manhuaçu.

1.3 Aspectos da comunidade

Humaitá é uma comunidade de cerca de 2.440 habitantes, localizada na zona rural de Mutum-MG, que se formou, principalmente devido ao clima favorável para o plantio de café gerando um grande aumento da agricultura familiar de subsistência, como relatado no site oficial do município. Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho nas lavouras, do plantio de milho e feijão em propriedades rurais localizadas na zona rural da comunidade. É grande o número de trabalhadores rurais com trabalhos informais e sem garantia legal. A estrutura de saneamento básico na comunidade é insuficiente, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo (PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM, 2019).

Ainda resta salientar que parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A alfabetização ainda é uma realidade distante para algumas pessoas, principalmente em se tratando de maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 18 anos. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por

parte da Igreja e associações. Esses trabalhos estão bastante integrados e, em sua maioria, voltados para ajuda a pessoas doentes, carentes e a trabalhos de conscientização da comunidade. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Humaitá, trabalham uma Equipe de Saúde da Família (eSF) e uma Equipe de Saúde Bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM, 2019).

1.4A Unidade Básica de Saúde Humaitá

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Equipe de Humaitá, foi inaugurada há cerca de 12 anos e está situada na rua principal Rua Dário Alves Pereira, S/N do Distrito Humaita, Mutum, em Minas Gerais. É uma UBS nova construída há 2 anos. Sua área pode ser considerada adequada, pois facilita o acesso da população atendida (3.100 pessoas), e o espaço físico é bem aproveitado.

A casa que abriga a eSF Humaitá tem uma estrutura antiga, é muito pequena, não tem sala de espera para pacientes, nem local para realizar palestras, o teto encontra-se em más condições, existem dificuldades com as instalações da energia, tem janelas quebradas e não existe cerca ou muro de proteção. Conta com um Consultório de atendimento médico, Consultório de atendimento odontológico, Consultório de atendimento enfermagem, Sala de curativo, Sala de vacina, Corredor de espera, três Banheiros e Cozinha.

1.5A Equipe de Saúde da Família Humaitá da Unidade de Saúde Humaitá

A equipe de saúde hoje conta com 12 integrantes, a enfermeira coordenadora, uma médica, do Programa Mais Médicos para o Brasil, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem e uma auxiliar geral. A equipe não conta com o apoio do NASF, o qual foi suspenso pelo Governo Federal no início de 2020.

1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (nome)

A eSF Humaitá funciona de 07:00 às 17:00hs, entretanto, os funcionários que residem em Mutum trabalham de 07:00 às 15hs e os que residem no Humaitá trabalham no período integral. Porém, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade.

O tempo da equipe Humaitá está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de idosos e deficientes acamados.

As visitas domiciliares geralmente acontecem às quintas-feiras, mas podem ser feitas em outros dias a depender da necessidade.

Porém, dentro da rotina da equipe de saúde existe a problemática que envolve a demora na autorização de exames e consulta com especialistas, bem como a demora no atendimento na UPA e também a falta sala adequada para exames ginecológicos como para coleta do Papanicolau, entre vários outros que podem ser observados e alterados buscando o melhor atendimento da população.

1.7O dia a dia da equipe Humaitá

Quadro 1: Rotina da Equipe de Saúde Humaitá, Unidade Básica de Saúde Humaitá, município de Mutum, estado de Minas Gerais

| | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA |
|---------------------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------|--|
| MANHÃ | -Atendimento da demanda programada de adultos e crianças. | -Atendimento do HIPERDIA | -Atendimento da demanda programada de adultos e crianças. | -Atendimento Saúde Mental | -Não realiza atendimento médico. -Visitas domiciliares de enfermagem. |
| TARDE | | -Visitas domiciliares | -Consultas de Pré-natal | -Atendimento Saúde Mental | -Consultas com a nutricionista. -Teste rápido de HIV e Sífilis. |
| NOITE (de 17h às 19 h) | | | Saúde do homem, Coleta de exame preventivo. | | |

Fonte: Próprio Autor, 2020.

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

A seguir, apresentamos alguns problemas da área de abrangência da eSF Humaitá, elencados pela equipe considerados os principais atendidos pela unidade:

- Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes).
- Gravidez na adolescência.
- Incidência de amidalite em crianças.

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

A priorização dos problemas refere-se a identificar quais problemas são mais urgentes de possíveis intervenções na Unidade de Saúde e tem sua importância devido a sua capacidade de enfrentamento, ou seja, se a Unidade e a equipe são capazes de intervir positivamente nos problemas. Dessa forma, foi elaborado o quadro abaixo, abordando a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde.

Quadro 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Humaitá, Unidade Básica de Saúde Humaitá, município de Mutum, estado de Minas Gerais

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|
| Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes e Hipertensão) | Alta | 15 | parcial | 1 |
| Gravidez na adolescência | Média | 10 | Parcial | 2 |
| Incidência de amidalite em crianças | Média | 5 | Parcial | 3 |

Fonte: Próprio Autor, 2020

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A partir da análise situacional foi diagnosticado a alta prevalência de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, além do aumento de usuários cadastrados na unidade com o descontrole das comorbidades Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Esse problema identificado está relacionado ao comportamento de risco dos usuários: alimentação inadequada, rica em carboidratos e lipídeos, além da falta de realização de atividades físicas, caracterizando sedentarismo e, especificamente, para os portadores de doença crônica, a falta de adesão ao tratamento acarretando o descontrole da pressão arterial e glicemia.

Entre esses fatores de risco advindos da não adesão ao tratamento estão glicemia alterada, aumento da pressão arterial (PA), níveis de triglicérides elevados, baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade e obesidade (CAMERON *et al.*, 2009).

Diante disso, é urgente a implementação de trabalhos multidisciplinares de conscientização, os quais busquem educar e informar a população sobre os riscos que tanto a DM quanto a HAS podem causar à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para a redução da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis associadas à hipertensão arterial e diabetes mellitus, na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Humaitá, município de Mutum-MG.

3.2 Objetivos específicos

- Estimular a prática de atividades físicas e a mudança de hábitos alimentares para ajudar no combate a DM e HAS.
- Realizar palestras multidisciplinares com o objetivo de informar e educar a população sobre os riscos que a DM e HAS podem causar à saúde.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional no território de abrangência da Equipe de Saúde Humaitá, Unidade Básica de Saúde Humaitá, município de Mutum, estado de Minas Gerais, por meio do método da estimativa rápida onde foram identificados os problemas mais relevantes que afetam a população a partir de um levantamento dos problemas comumente encontrados na comunidade e sua respectiva prioridade. Ressalta-se que para a seleção do problema dois fatores foram considerados: capacidade da equipe para lidar com o problema e tempo hábil para execução do projeto (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde.

Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2018 e livros científicos. Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores Doenças Crônicas. Educação em Saúde. Atenção Primária a Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica complexa e multifatorial. Indivíduos diabéticos são incapazes de produzir insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina é um hormônio proteico produzido pelas células beta do pâncreas. Por ser um hormônio regulador do metabolismo da glicose, sua principal função é controlar os níveis de glicose no sangue. Nesse contexto, uma das características marcantes de pacientes com diabetes são altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente. Além disso, pode ocasionar complicações em vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2006).

Existem diferentes tipos de diabetes.

1. Tipo 1: causada pela destruição das células beta do pâncreas, as quais são produtoras de insulina. Essa destruição acontece devido a um processo autoimune ou pode estar relacionado com outras doenças, tal como, tireoidite de Hashimoto. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), cerca de 5 a 10% dos diabéticos possuem o tipo I. Os principais sintomas são: poliúria (vontade de urinar diversas vezes); polifagia (fome frequente); polidipsia (sede constante); perda de peso; fraqueza; fadiga (LUCENA, 2007).
2. Tipo 2: resulta da resistência à insulina e de deficiência na secreção de insulina. Ocorre em cerca de 90% dos diabéticos. Dentre os sintomas, destacam-se: infecções frequentes; alteração visual (visão embaçada); dificuldade na cicatrização de feridas; formigamento nos pés; furúnculos (BRASIL, 2015).
3. Diabetes Gestacional: é a diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada durante a gestação e pode ou não persistir após o parto (BRASIL, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a hipertensão (HA) pode ser caracterizada como um quadro clínico multifatorial. Nesse contexto, há elevação sustentada dos níveis pressóricos: ≥ 140 e/ou 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Embora a indústria farmacêutica já tenha sintetizado diferentes medicamentos para o tratamento de HAS, é importante aferir a pressão constantemente, pois muitos casos permanecessem com tratamento inadequado ou até mesmo sem tratamento (CESAR, 2015).

Sabe-se que a HAS é um problema de saúde pública, no entanto, no que diz respeito à epidemiologia os dados variam de acordo com a população estudada e o método de avaliação. Apesar disso, é consenso na comunidade científica que a prevalência e incidência de HAS é maior em idosos, independentemente da metodologia adotada para análise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Em relação aos fatores de risco, destacam-se idade, sexo e etnia, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, excesso de peso, fatores socioeconômicos, e genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por incluir doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes. As DCNT constituem um grave problema de saúde pública, uma vez que são responsáveis por mais de 65% das mortes no mundo (SILOCCHI, 2017).

No Brasil, quase 60% dos óbitos registrados, na população de faixa etária entre 30 a 69 anos, foram ocasionados em decorrência de DCNT em 2016 (BRASIL, 2018). As DCNT são doenças multifatoriais e, por essa razão, compartilham diferentes fatores de risco. Nessa problemática, ações preventivas devem considerar a complexidade do desenvolvimento dessas doenças, englobar o indivíduo e questões socioculturais (SILOCCHI, 2017). Em território nacional, são bons exemplos dessas questões a desigualdade social, baixa escolaridade, diferenças significativas no acesso e consumo à informação e aos serviços (BRASIL, 2011).

Acredita-se que a adoção de medidas preventivas pode reduzir não só o número de mortes por DCNT como também o impacto econômico que essas doenças causam ao sistema de saúde. Dentre as intervenções, destacam-se:

- Aumento na incidência de impostos sobre substâncias diretamente envolvidas no desenvolvimento dessas doenças, tais como o tabaco e o álcool.
- A diminuição no consumo de sal.
- Adesão à terapia farmacológica e aconselhamento para pacientes do grupo de risco, os quais tiveram ataques cardíacos ou acidentes vasculares cerebrais.
- Vacinação de crianças a partir dos 9 anos de idade contra o papilomavírus humano (HPV).
- Localização de mulheres com idade entre 30 e 49 anos para câncer do colo do útero (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Por fim, Malta e colaboradores (2017) acreditam ser imprescindível um maior investimento no sistema de saúde para melhorar os resultados acerca das DCNT. Sob essa perspectiva, importante destacar que os investimentos necessários não são apenas financeiros, mas também de gestão e tecnológico. Para as pesquisadoras, esses esforços promoveriam um refinamento nas informações sobre os usuários do sistema de saúde e poderiam, com isso, elaborar políticas de saúde voltadas para esses cidadãos (MALTA *et al*, 2017).

5.3 Educação em Saúde

São fatores de risco para o desenvolvimento de DM maus hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e estresse. Nesse sentido, já está bem consolidado na literatura que mudanças no estilo de vida e na alimentação reduzem a incidência de diabetes. Dentre as alterações, destacam-se, redução de peso, restrição de gorduras, aumento na ingestão de fibras, restrição energética acompanhada, abandono do fumo e prática regular de atividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006; SILOCCHI, 2017).

Em termos técnicos, educação em saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 20) é conceituada como sendo “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2013). Já na prática, educação em saúde pode ser considerada como um

aprendizado no local de trabalho em que aprender e ensinar fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Ou seja, nesse contexto de aprendizagem diária é preciso valorizar a educação popular e os conhecimentos da população, não somente o conhecimento técnico. O objetivo é a identificação de possíveis falhas no conhecimento de modo a elaborar políticas de qualificação, considerando a realidade local (FALKENBERG, *et al*, 2014).

Paralelamente, é importante destacar o papel da atenção primária à saúde no cuidado com a comunidade. Primeiramente, a atenção primária à saúde foi criada com o objetivo de ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e criar um vínculo entre profissionais de saúde e membros da comunidade. Nesse contexto, pode-se dizer que a atenção primária cuida do indivíduo como um todo. Os atendimentos vão desde o tratamento de doenças até ações que visam a promoção da saúde. Em segundo lugar, no que diz respeito ao enfrentamento das DCNT, a atenção primária à saúde contribui com o monitoramento e vigilância de pacientes com DCNT. Por fim, a atenção básica promove ações informativas que visam a educação da comunidade sobre as consequências de hábitos nocivos à saúde (MALTA *et al.*, 2016; SILOCCHI, 2017).

Na UBS, a enfermeira responsável da equipe, faz do HiperDia o evento, onde de acordo com as escalas dos profissionais, acontece o projeto. Ocorrem palestras e dinâmicas motivacionais com psicólogos, peso e orientação de dieta com nutricionistas, consulta e ajuste de medicamento com médico e prática de atividade física, exercícios que podem ser feitos em casa com a Educadora Física.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Construção de estratégias de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre a população do distrito de São Francisco Do Humaitá no município de Mutum/MG”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

As DCNT (doenças crônicas não transmissíveis), hipertensão sistêmica e diabetes mellitus, constituem um problema de saúde em nossa comunidade, porque o elevado número de atendimentos por estas doenças interfere negativamente na qualidade do atendimento diário de nossa equipe de saúde da família, especialmente o descontrole da hipertensão e do diabetes mellitus tipo 2.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Como existe um número considerável de pacientes hipertensos e diabéticos não controlados na área de abrangência da eSF Humaitá e uma população geral com maus hábitos de vida, entende-se que há um iminente risco de morbimortalidade aumentado, o que determina a necessidade de uma intervenção preventiva prioritária na referida população.

Dentre os comportamentos de risco que levam ao desenvolvimento e agravos para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes mellitus, pode-se mencionar: sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação rica em sódio, lipídeos,

carboidratos e açúcares; falta de adesão ao tratamento medicamentoso e falta de exercer atividades físicas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após a análise situacional e melhor detalhamento do problema priorizado, foram identificados os principais nós críticos:

- Falta de adesão ao tratamento medicamentoso para controle do DM2 e HAS;
- Hábitos de vida pouco saudáveis (sedentarismo/ tabagismo/ alimentação de má qualidade/alcoolismo).

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Construção de estratégias de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Humaitá, do município São Francisco do Humaitá, estado de (Minas Gerais)

| | |
|--|---|
| Nó crítico 1 | Falta de adesão ao tratamento medicamentoso para controle do DM2 e HAS. |
| 6º passo: operação (operações) | Palestras informativas sobre a importância em se realizar o tratamento de forma adequada; aulas dinâmicas em escolas informando os malefícios à saúde de um tratamento não realizado de forma correta. |
| 6º passo: projeto | Divulgação de conhecimento. |
| 6º passo: resultados esperados | Pacientes, crianças e adolescentes mais informados sobre as consequências de um tratamento não realizado de forma correta. |
| 6º passo: produtos esperados | Pacientes, crianças e adolescentes mais informados sobre as consequências de um tratamento não realizado de forma correta. |
| 6º passo: recursos necessários | Cognitivo: Ambiente acolhedor para realização das palestras Financeiro: Profissionais capacitados Político: Apoio de políticos locais para incentivar a participação nos eventos |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Cognitivo: Profissionais capacitados Político: Desinteresse dos políticos locais para incentivar a participação nos eventos Financeiro: Verba para criar um ambiente acolhedor para realização das palestras. |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Sensibilização de toda a equipe da saúde, além dos responsáveis pelos setores da saúde da urgência de modo que os recursos financeiros sejam supridos para a implementação do projeto. Motivação favorável: Apresentação do projeto para mobilização de todos os atores envolvidos |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Na UBS: equipe de saúde; Escolas: Professores e diretores O prazo determinado é de 3 meses, tempo viável para as mudanças de hábitos propostas. |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Verificação se houve maior adesão ao tratamento de HAS e DM por pacientes da UBS a partir da análise e discussão com os usuários e equipe envolvida |

Fonte: Própria Autora, 2020

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Construção de estratégias de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Humaitá, do município São Francisco do Humaitá, estado de (Minas Gerais)

| | |
|--|---|
| Nó crítico 2 | Hábitos de vida pouco saudáveis |
| 6º passo: operação (operações) | Atividades multidisciplinares que incentivam atividade física e mudança de hábito. |
| 6º passo: projeto | Vida mais saudável. |
| 6º passo: resultados esperados | Alteração gradual no estilo de vida e alimentação dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS. |
| 6º passo: produtos esperados | Alteração gradual no estilo de vida e alimentação dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS. |
| 6º passo: recursos necessários | Cognitivo: Ambiente para realização das atividades físicas Financeiro: Compra de material para criar um ambiente acolhedor Político: Apoio de políticos locais para incentivar a participação nos eventos |
| 7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos | Cognitivo: Profissionais de saúde com pouca didática Político: desinteresse dos políticos pelo projeto Financeiro: falta de recursos para promover as atividades semanais |
| 8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas | Sensibilização de toda a equipe da saúde, além dos responsáveis pelos setores da saúde da urgência de modo que os recursos financeiros sejam supridos para a implementação do projeto. Motivação favorável: Apresentação do projeto para mobilização de todos os atores envolvidos |
| 9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos | Equipe de saúde. O prazo determinado é de 3 meses, tempo viável para as mudanças de hábitos propostas. |
| 10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Verificar se houve redução na glicemia e pressão arterial dos pacientes. Essa verificação vai ser feita semanal, no início dos encontros, avaliando glicemia, pressão arterial e peso. |

Fonte: Própria Autora, 2020

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi realizar um plano de intervenção para construção de estratégia de enfrentamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, entre a população da equipe de saúde da família Humaitá do município de Mutum/MG.

Optou-se por realizar palestras educativas e aulas em escolas, tendo em vista que a divulgação do conhecimento pode ser uma ferramenta eficaz no enfrentamento de práticas pouco saudáveis. Além disso, a realização de palestras multidisciplinares, as quais incentivam a prática de atividade física e mudança de hábito, podem contribuir para diminuição da glicemia e controle da pressão arterial no curto espaço de tempo.

Dessa forma, após a implantação desse projeto, espera-se que ocorra a mudança gradual de hábitos pouco saudáveis, por exemplo, abandono do tabagismo, redução no consumo de álcool, aumento na realização de atividades físicas e maior ingestão de alimentos saudáveis; maior adesão ao tratamento medicamentoso; e a conscientização da comunidade dos impactos negativos que as DCNT, especialmente HAS e DM, têm na rotina de um indivíduo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família**. Nota Técnica nº 3/2020 -DESF/SAPS/MS. Disponível online em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf> Acessado em: 14 de Abril, 2020.

BRASIL. Diabetes. **Biblioteca virtual em saúde**. Publicado: Quarta, 09 de setembro de 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2052-diabetes>. Acessado em 14 de abril, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Nota informativa. Aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Brasília/DF**. 2018.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 1ª edição. **Brasília/DF**. 2011.

BRASIL. Glossário Temático- Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª edição. 2ª reimpressão. **Brasília – DF**. 2013.

CAMERON, A.J.; ZIMMET, P. Z.; SHAW, J. E.; ALBERTI, K. G. M. M. The metabolic syndrome: in need of a global mission statement. **Diabet Med.**, v.26, n.3, p.306-9, 2009.

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

CESAR, B. C. **Proposta de intervenção para o controle das doenças crônicas não transmissíveis diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na comunidade Engenheiro Schnoor no município de Araçuaí – Minas Gerais**. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Minas Gerais. 2015.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. P. L.; MORAES, E.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc saúde coletiva**, v.19, n.03, p.847-852, 2014.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil/ Minas Gerais/ Mutum**. 2019. Disponível online em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mutum/panorama> Acessado em 14 de Abril, 2020.

LUCENA, J. B. S. **Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2**. (Trabalho de Conclusão de Curso). Centro Universitário Das Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo. 2007.

MALTA, DC.; REGINA TOMIE IVATA BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F.; BARROS, M. B. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública 51 (suppl 1)**. 2017.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; SILVA, M. M. A. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v.25, n.2, p.373-390. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. **Suíça**. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. 2019.

SILOCCHI, C; JUNGES, J. R. Equipes De Atenção Primária: Dificuldades No Cuidado De Pessoas Com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Trab. educ. saúde**. Vol.15, n.2, pp.599-615. Rio de Janeiro. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão arterial. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3. **Rio de Janeiro**. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Medicamentos orais no tratamento do diabetes mellitus: como selecioná-los de acordo com as características clínicas dos pacientes. **Diretrizes SBD**. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2006.