

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

NIDAY SANDO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A ABORDAGEM
MULTIDISCIPLINAR AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF
CURRAL DE DENTRO 1**

PEDRA AZUL - MG

2015

NIDAY SANDO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A ABORDAGEM
MULTIDISCIPLINAR AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF
CURRAL DE DENTRO 1**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

PEDRA AZUL - MG

2015

NIDAY SANDO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A ABORDAGEM
MULTIDISCIPLINAR AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF
CURRAL DE DENTRO 1**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Flavia Casasanta Marini (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de crescimento profissional.

Agradeço aos membros da ESF Curral de Dentro-1, pelo tempo de trabalho em conjunto, pela competência e dedicação, pelo apoio constante.

Agradeço aos professores, orientadores e examinadores, que me deram o privilégio da troca de ideias e recomendações, que me ajudaram bastante no preparo e revisão deste trabalho.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Curral de Dentro/MG observou-se elevado número de diabéticos e hipertensos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para estimular a abordagem multidisciplinar aos diabéticos e hipertensos da Estratégia Saúde da Família Curral de Dentro 1. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos e estilo de vida inadequado; baixo nível de informação sobre as doenças e; processo de trabalho da equipe de saúde inadequado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “viver melhor” para conscientizar a população sobre alimentação adequada e a importância da prática de atividade física; “saber mais” para aumentar o nível de conhecimento da população sobre hipertensão e diabetes e; “equipe 10” para implantar linha de cuidado para hipertensão e diabetes. Neste plano de ação será utilizada a abordagem multiprofissional, pois acreditamos que a equipe multiprofissional pode conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento.

Palavras chave: hipertensão, diabetes, equipe multiprofissional, atenção primária.

ABSTRACT

In the situational diagnosis of the coverage area of the Family Health Strategy of the municipality Curral de Dentro/MG there was high number of diabetic and hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to stimulate multidisciplinary approach to diabetic and hypertensive patients in the Family Health Strategy Curral de Dentro 1. The methodology was performed in three steps: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: inadequate habits and lifestyle; low level of information on diseases; and inappropriate health team work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "live better" in order to raise awareness about proper nutrition and the importance of physical activity; "to know more" in order to increase the population's level of knowledge about hypertension and diabetes and "team 10" to deploy line of care for hypertension and diabetes. In this action plan will be used the multidisciplinary team approach, because we believe that the multidisciplinary team can achieve greater patient compliance to treatment.

Keywords: hypertension, diabetes, multidisciplinary team, primary care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)	13
Quadro 1	Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico do DM e seus estágios pré-clínicos	14
Quadro 2	Priorização dos problemas identificados na ESF Curral de Dentro 1	19
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós críticos” selecionados	21
Quadro 4	Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “elevado número de hipertensos e diabéticos”	22
Quadro 5	Proposta de ação para a motivação dos atores	23
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	24
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: “Viver melhor”	25
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: “Saber mais”	25
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: “Equipe 10”	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVO	11
4	METODOLOGIA	12
5	REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1	Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus	13
5.2	A relação da obesidade com a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus	15
5.3	Abordagem multidisciplinar no tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus	17
6	PLANO DE AÇÃO	19
6.1	Primeiro passo: identificação dos problemas	19
6.2	Segundo passo: priorização de problemas	19
6.3	Terceiro passo: descrição do problema	20
6.4	Quarto passo: explicação do problema	20
6.5	Quinto passo: seleção dos nós críticos	20
6.6	Sexto passo: desenho das operações	21
6.7	Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	22
6.8	Oitavo passo: análise da viabilidade.....	22
6.9	Nono passo: elaboração do plano operativo	23
6.10	Décimo passo: gestão do plano	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Curral de Dentro é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Está localizado ao norte de Minas Gerais, na mesorregião do Norte de Minas e microrregião de Salinas. Localiza-se a 712 km de Belo Horizonte, possui uma área de 568,263 Km² e conta, atualmente, com uma população de aproximadamente 7.420 habitantes (IBGE, 2014). Em 2010 a população urbana representava aproximadamente 84,44% da população total e a população rural representava 15,56% (ADHB, 2013).

Curral de Dentro é limitado pelos municípios de Águas Vermelhas, Santa Cruz de Salinas, Taiobeiras, Cachoeira de Pajeú e Salinas.

O município tem como base econômica, a agricultura de subsistência, tendo como cultivo, feijão, milho, mandioca e a monocultura de eucalipto para produção de carvão. Destacam-se ainda a agropecuária, principalmente a criação de gado, cujo papel é significativo para o município.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Curral de Dentro era de 0,585 em 2010. O município está situado na faixa de desenvolvimento humano baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599) (ADHB, 2013).

A renda per capita média de Curral de Dentro cresceu 95,10% nas últimas duas décadas, passando de R\$143,33 em 1991 para R\$148,26 em 2000 e R\$279,64 em 2010 (ADHB, 2013). Existe uma distorção considerável na distribuição de renda no município, o que favorece o alto índice de desemprego, contribuindo para que a renda per capita seja inferior a meio salário mínimo para a maioria da população.

Em 2010 95,6% da população recebia água encanada nos domicílios, 98,4% energia elétrica e 87,6% tinham coleta de lixo (somente para a população urbana) (ADHB, 2013).

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar atendimento à população, o município conta com duas Unidades de Saúde da Família. Além disso, estão disponíveis duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para tratamento fora de domicílio (TFD). A referência para a média e

alta complexidade é encaminhada para Salinas-Taiobeiras e para Montes Claros. Entretanto, o sistema de contra referência, ainda encontra-se descoberto.

Estou inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) Curral de Dentro 1 desde o mês de dezembro de 2013. A ESF Curral de Dentro 1 está dividida em 09 microáreas que atendem 700 famílias cadastradas, totalizando 4251 moradores.

A equipe de saúde da família é composta por um médico, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e dois auxiliares de serviços gerais. A estrutura física da unidade é composta por dois consultórios médico/ginecológico, dois consultórios de enfermagem, um consultório odontológico, uma farmácia, uma copa, recepção, uma sala dos ACS, duas salas de expurgo, duas salas de esterilização, uma sala de vacina e uma sala de curativo.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: alto índice de pacientes com cárie dental e inadequados hábitos de higiene bucal, alta prevalência de pacientes com ansiedade e depressão, alta prevalência de pacientes em uso de benzodiazepínicos, morbimortalidade materno-infantil e também elevado número de hipertensos e diabéticos sem controle e com fatores de risco cardiovascular aumentado.

O “elevado número de hipertensos e diabéticos” foi selecionado pela equipe como o problema de maior urgência. A análise dos dados obtidos nos registros do SIAB (2013) identificou uma grande quantidade de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) associadas ao sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e uso incorreto da medicação.

Sendo assim, a abordagem multidisciplinar foi a forma escolhida para o enfrentamento do problema, pois uma equipe multiprofissional consegue esclarecer ao paciente, pela diversidade de profissionais, não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento (GUSMÃO *et al.*, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

O DM e a HAS estão associados à morbidade e à mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (TOSCANO, 2004). Sendo assim, como o número de usuários com HAS e DM na ESF Curral de Dentro 1 é elevado viu-se a necessidade de elaborar medidas para um melhor tratamento dessas patologias e também prevenção de complicações associadas às mesmas.

Desta forma, a abordagem multidisciplinar foi a forma escolhida para enfrentamento do problema diagnosticado na ESF Curral de Dentro 1. A equipe multiprofissional tem importância significativa na efetivação da atenção integral à saúde. A atenção integral é uma forma de abordagem que valoriza os sujeitos e o ambiente em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (DUTRA *et al.*, 2012).

Acredita-se que este tipo de abordagem possa conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento, o que irá contribuir para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

3 OBJETIVOS

Elaborar um plano de ação para estimular a abordagem multidisciplinar aos hipertensos e diabéticos da ESF Curral de Dentro 1, visando melhor tratamento dessas patologias e prevenção de complicações associadas às mesmas.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Curral de Dentro 1. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O problema priorizado foi o elevado número de hipertensos e diabéticos.

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura utilizando livros e artigos científicos expostos em bancos de dados com acesso livre como Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar e Scientific Electronic Library Online (SciELO) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, diabetes, fatores de risco, prevenção, abordagem multidisciplinar, atenção básica. Foram considerados para desenvolvimento do trabalho os artigos publicados no período de 2002 a 2014.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um projeto de intervenção realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para melhor tratamento dos hipertensos e diabéticos da ESF Curral de Dentro 1 e prevenção de complicações associadas às doenças. A equipe realizou três reuniões que foram utilizadas para priorizar os problemas, selecionar os nós críticos do problema priorizado, desenhar as operações para esses nós críticos, elaborar um plano operativo, analisar a viabilidade do mesmo e definir o processo de acompanhamento das ações.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SBC, 2010). A tabela 1 apresenta a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Fonte: SBC (2010, p.8).

Após o diagnóstico a hipertensão arterial é classificada em dois tipos: primária ou secundária. A hipertensão primária é a mais comum (90 a 95% dos casos) já a hipertensão secundária é menos comum e pode ser causada, por exemplo, por uma doença renal (BOUNDY *et al.*, 2004).

De acordo com Silva *et al.* (2011) a HAS também é conhecida como “assassina silenciosa”, pois na grande maioria dos casos, não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e até mesmo a adesão ao tratamento. Santos e Lima (2008) afirmam que o fato da HAS ser uma doença silenciosa faz com que muitos hipertensos venham a desenvolver complicações associadas à hipertensão, entretanto só tomam conhecimento do diagnóstico desse agravo, quando são vítimas de alguma complicação como, por exemplo, infarto, aneurisma, etc.

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a, p.9).

De acordo com dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013) a frequência de diagnóstico médico prévio de HAS no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). O diagnóstico de HAS foi mais frequente com o aumento da idade em ambos os sexos.

O diabetes mellitus (DM) é caracterizado como um “grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas” (SBD, 2014, p.5).

As últimas diretrizes nacionais e internacionais recomendam a classificação do DM em quatro categorias: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos e diabetes gestacional (ADA, 2009 *apud* MARASCHIN *et al.*, 2010). Há também duas categorias referidas como pré-diabetes que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância diminuída a glicose. Essas categorias são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SBD, 2014).

Dentre os sintomas do DM pode-se citar a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda involuntária de peso (BRASIL, 2006b).

Os critérios aceitos para o diagnóstico do DM com utilização da glicemia estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico do DM e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum*	2 h após 75g de Glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas;

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição;

Fonte: SBD (2014, p.9).

A hiperglicemia crônica está associada com dano e insuficiência de vários órgãos (ZEVE; TOMAZ, 2011). A evolução da doença é a causa mais comum de cegueira, amputações e insuficiência renal e, como fator de risco coronariano, aumenta a incidência de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (ADA, 2005 *apud* ZEVE; TOMAZ, 2011).

De acordo com dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013) a frequência de diagnóstico médico prévio de DM no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como por exemplo, a HAS e o DM, são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Entre as DCNT, o DM e a HAS são relevantes causas de morbidade e mortalidade, principalmente quando associadas (HU *et al.*, 2005 *apud* FREITAS; GARCIA, 2012).

5.2 A relação da obesidade com a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus

A Organização Mundial da Saúde estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II e 39% da doença hipertensiva (WHO, 2003 *apud* BRASIL, 2013).

De acordo com dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013) a frequência de excesso de peso no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas foi de 51,0%, sendo maior entre homens (54, 5%) do que entre mulheres (48,1%). Já em relação à

obesidade a frequência de adultos obesos foi de 17,4%. No sexo masculino, a frequência da obesidade duplicou da faixa de 18 a 24 anos para a faixa de 25 a 34 anos de idade. Entre as mulheres, a frequência da obesidade tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos (BRASIL, 2013). O critério adotado para classificar as pessoas em obesas ou com excesso de peso foi o índice de massa corporal (IMC). O excesso de peso foi diagnosticado quando o IMC alcançou valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade foi diagnosticada com valores de IMC superiores a 30 kg/m² (BRASIL, 2013).

A prevalência de DM está aumentando em função do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, sedentarismo, maior sobrevivência do paciente diabético, mas também pela crescente prevalência de obesidade (ERBERLY *et al.*, 2003 *apud* FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Da mesma forma a HAS está intimamente relacionada aos fatores de risco constitucionais: idade, sexo, antecedentes familiares, raça/cor; e aos ambientais: estresse, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gordura, e também o sobrepeso/obesidade (SCHOEN, 2005 *apud* SILVA *et al.*, 2011).

O risco de DM, principalmente tipo 2 e HAS está fortemente relacionado à obesidade. Em pacientes diabéticos obesos a redução do peso, bem como o uso de metformina, melhora a sensibilidade à insulina e o controle da glicemia (FARIA *et al.*, 2002). Em pacientes hipertensos obesos a redução do peso e a sua manutenção é o método mais efetivo em diminuir a pressão arterial (ABESO, 2002).

O DM e a HAS ocorrem 2,9 vezes mais em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado (BRASIL, 2006c).

A decisão terapêutica não medicamentosa para a HAS está relacionada, principalmente a mudanças no estilo de vida, que envolve, por exemplo, a redução do peso corporal (BRASIL, 2006a). Já em relação ao DM, uma dieta hipocalórica com redução de peso é por si só capaz de controlar os níveis glicêmicos em muitos pacientes diabéticos (ARAÚJO; BRITTO; CRUZ, 2000). Portanto, a mudança de comportamentos, com a adoção de uma dieta balanceada é essencial para o êxito tanto no controle como também no tratamento do DM e da HAS.

5.3 Abordagem multidisciplinar no tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus

O SUS é uma das maiores políticas públicas de saúde do país em função do grande avanço que trouxe na atenção básica. E um dos marcos desta evolução foi o início da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994 (FLORINDO, 2009).

A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A partir do ano de 2000, com o ingresso da saúde bucal, a equipe passou a contar com mais um dentista e um técnico de higiene dental (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF vieram para contribuir com as equipes de ESF, tendo como preceito básico um trabalho interdisciplinar e de matriciamento, com profissões e áreas que até então não eram contempladas no âmbito das equipes de ESF (FLORINDO, 2009).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. Para que isso ocorra duas questões são necessárias: trabalhar com equipes multiprofissionais e profissionais qualificados para atender de maneira integral (BRASIL, 2011). A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos (BRASIL, 2011).

A abordagem multidisciplinar é apontada como uma ferramenta eficaz no controle metabólico e na redução dos fatores de riscos associados às complicações do DM (COSTA; CASTRO, 2013). Ferreira *et al.* (2013) afirmam que a abordagem multidisciplinar é muito importante na prevenção de comorbidades associadas à HAS.

Silva *et al.* (2006) desenvolveram um estudo onde propuseram uma intervenção que alterasse o seguimento de hipertensos e diabéticos do bairro da Vila Romana na Lapa, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose. A intervenção ocorreu através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de

intercorrências por equipe multidisciplinar, num período de 30 meses. Os autores concluíram que a intervenção mostrou-se notavelmente útil no controle destas doenças crônicas.

A equipe multiprofissional consegue esclarecer ao paciente, pela diversidade de profissionais, não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar melhor a situação, organizar uma estratégia própria e, eventualmente, iniciá-la (GUSMÃO *et al.*, 2009).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: identificação dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Curral de Dentro 1 foi possível identificar diferentes problemas:

- Alto índice de pacientes com cárie dental e inadequados hábitos de higiene bucal;
- Alta prevalência de pacientes com ansiedade e depressão;
- Alta prevalência de pacientes em uso de benzodiazepínicos;
- Morbimortalidade materno-infantil e;
- Elevado número de hipertensos e diabéticos.

6.2 Segundo passo: priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas é importante classificá-los de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 2 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF Curral de Dentro 1.

Quadro 2 - Priorização dos problemas identificados na ESF Curral de Dentro 1.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de hipertensos e diabéticos	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de pacientes com ansiedade e depressão	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes em uso de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	3
Morbimortalidade materno-infantil	Alta	4	Parcial	4
Alto índice de pacientes com cárie dental e inadequados hábitos de higiene bucal	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema

A equipe de saúde da família da ESF Curral de Dentro 1 é responsável por 700 famílias, abrangendo uma população de 4251 pessoas. O diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe detectou como principal problema o elevado número de hipertensos e diabéticos.

Na área de abrangência da ESF, o DM e a HAS constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

A HAS tem uma prevalência de 15,7% na população adulta da comunidade e de 60% na população maior de 65 anos. Já em relação ao DM, 3,2% da população maior de 18 anos é acometida pelo agravo. Essa estatística tem trazido impacto negativo na vida dos usuários, além de grande impacto econômico para o sistema de saúde e a sociedade em geral, principalmente devido às complicações desencadeadas, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

Diversos fatores podem estar contribuindo para que usuários da área de abrangência da ESF Curral de Dentro 1 estejam com HAS e DM. Entretanto, os fatores considerados mais relevantes em relação ao problema estão o excesso de peso, o consumo excessivo de sódio na dieta, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física reduzida, baixo nível socioeconômico e pouca iniciativa por parte dos profissionais da saúde para manter a população informada sobre essas doenças e suas consequências, o que implica num processo de trabalho inadequado.

6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de hipertensos e diabéticos na área de abrangência da ESF Curral de Dentro 1.

- Hábitos e estilo de vida inadequado;

- Baixo nível de informação sobre as doenças;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.6 Sexto passo: desenho de operações

O sexto passo irá descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, além de identificar os produtos e resultados para cada operação definida e também os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 3 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós críticos” selecionados.

Nó Crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequado	“Viver melhor” Conscientizar a população sobre alimentação adequada e sobre a importância da prática de atividade física	População mais consciente sobre a importância da alimentação adequada e prática de atividade física; Aumentar o consumo de alimentos saudáveis no dia a dia; Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas.	Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais; Grupos operativos com a nutricionista; Grupos operativos com o profissional de educação física (caminhada, dança, ginástica, brincadeiras com bola, etc.).	Organizacional: Organização dos grupos operativos e palestras. Cognitivo: Informações sobre os temas; Político: Envolvimento da equipe; Financeiro: Financiamento de materiais e recursos didáticos.
Baixo nível de informação sobre as doenças	“Saber mais” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS e o DM.	População mais informada sobre doenças crônicas não transmissíveis.	Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais; Entrega de folhetos informativos;	Organizacional: Organização das palestras. Cognitivo: Informações sobre os temas; Político: Envolvimento da equipe; Financeiro: Financiamento de materiais e

				recursos didáticos.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	“Equipe 10” Implantar linha de cuidado para hipertensão e diabetes.	Cobertura da maior quantidade possível de hipertensos e diabéticos	Linha de cuidado implantada	Cognitivo: elaboração da linha de cuidado Político: adesão dos profissionais Financeiro: para a aquisição de materiais

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O sétimo passo vai identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 4 apresenta os recursos críticos necessários para a execução do plano.

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “elevado número de hipertensos e diabéticos”.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
“Viver melhor” Conscientizar a população sobre alimentação adequada e sobre a importância da prática de atividade física	Financeiro: Financiamento de materiais e recursos didáticos.
“Saber mais” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS e o DM.	Financeiro: Financiamento de materiais e recursos didáticos.
“Equipe 10” Implantar linha de cuidado para hipertensão e diabetes.	Cognitivo: elaboração da linha de cuidado Financeiros: para a aquisição de materiais

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade

O oitavo passo vai identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação das operações, assim como analisar a motivação dos mesmos em relação aos objetivos pretendidos (CAMPOS; FARIA; SANTOS,

2010). O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores envolvidos.

Quadro 5 - Proposta de ação para a motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
<p>“Viver melhor” Conscientizar a população sobre alimentação adequada e sobre a importância da prática de atividade física</p>	<p>Financeiro: Financiamento de materiais e recursos didáticos.</p>	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessário
<p>“Saber mais” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS e o DM.</p>	<p>Financeiro: Financiamento de materiais e recursos didáticos.</p>	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessário
<p>“Equipe 10” Implantar linha de cuidado para hipertensão e diabetes.</p>	<p>Cognitivo: elaboração da linha de cuidado Financeiros: para a aquisição de materiais</p>	Equipe de saúde Secretaria de saúde	Favorável Favorável	Não é necessário

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e o estabelecimento de prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Profissionais Envolvidos	Prazo
<p>“Viver melhor”</p> <p>Conscientizar a população sobre alimentação adequada e sobre a importância da prática de atividade física</p>	<p>População mais consciente sobre a importância da alimentação adequada e prática de atividade física;</p> <p>Aumentar o consumo de alimentos saudáveis no dia a dia;</p> <p>Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas.</p>	<p>Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais;</p> <p>Grupos operativos com a nutricionista;</p> <p>Grupos operativos com o profissional de educação física (caminhada, dança, ginástica, brincadeiras com bola, etc.).</p>	<p>Equipe de saúde da ESF</p> <p>Nutricionista do NASF e médico</p> <p>Profissional de educação física e médico</p>	06 meses para o início das atividades
<p>“Saber mais”</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS e o DM.</p>	<p>População mais informada sobre doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais;</p> <p>Entrega de folhetos informativos;</p>	<p>Equipe de saúde da ESF</p> <p>Equipe de saúde da ESF</p>	06 meses para o início das atividades
<p>“Equipe 10”</p> <p>Implantar linha de cuidado para hipertensão e diabetes.</p>	<p>Cobertura da maior quantidade possível de hipertensos e diabéticos</p>	<p>Linha de cuidado implantada</p>	<p>Equipe de saúde da ESF</p>	08 meses para o início das atividades

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10 Décimo passo: gestão do plano

É importante desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações. Os quadros 7 a 9 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Viver melhor”.

Operação: “Viver melhor”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais; Grupos operativos com a nutricionista; Grupos operativos com o profissional de educação física (caminhada, dança, ginástica, brincadeiras com bola, etc.).	Equipe de saúde da ESF Nutricionista do NASF e médico Profissional de educação física e médico	06 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Saber mais”.

Operação: “Saber mais”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realização de palestras informativas com a participação de diferentes profissionais; Entrega de folhetos informativos;	Equipe de saúde da ESF Equipe de saúde da ESF	06 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Equipe 10”.

Operação: “Equipe 10”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado implantada	Equipe de saúde da ESF	08 meses para o início das atividades	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudar a questão da hipertensão e do diabetes na área de abrangência da ESF Curral de Dentro-1 foi possível verificar que o elevado número de hipertensos e diabéticos estava relacionado, provavelmente, aos hábitos e estilos de vida inadequados da população, ao baixo nível de informação dos mesmos sobre as doenças, e também em função do processo de trabalho inadequado da equipe de saúde.

Sendo assim, a finalidade do plano de ação foi criar projetos com medidas para um melhor tratamento dessas patologias e também prevenção de complicações associadas às mesmas através de equipes multiprofissionais, pois acreditamos que a equipe multiprofissional pode conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento, o que irá contribuir para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Os três projetos deste plano de ação contarão com a participação de todos os membros da equipe de saúde da família, além do nutricionista e profissional de educação física.

Nos projetos “viver melhor” e “saber mais” serão realizadas palestras informativas e também grupos operativos com foco na alimentação e prática de atividade física, sempre com a participação de diferentes profissionais. Vamos incentivar o maior consumo de alimentos saudáveis e a inserção de atividade física no dia a dia da população. Além disso, serão distribuídos folhetos informativos sobre as doenças com linguagem acessível a toda a população. E no projeto “equipe 10” será implantada a linha de cuidado para hipertensão e diabetes para melhorar o processo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Hipertensão e Obesidade. **Revista da ABESO**. Ano III, n.8, 2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/213/hipertensao+e+obesidade.shtml>. Acesso em 07/04/15.

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. v.1(Suppl 1), p.S37-S42, 2005 *Apud* ZEVE, J.L.M.; TOMAZ, C.A.B. Cirurgia metabólica: cura para diabetes tipo 2. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** v.24, n.4, p. 312-317, 2011.

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, Position Statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2009; v.32, p.S62-S67, 2009 *Apud* MARASCHIN, J.F. *et al.*, 2010 Classificação do diabetes melito. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, n.2, p. 40-46, 2010.

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Municipal – Curral de Dentro/MG**. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/curral-de-dentro_mg . Acesso em 03/09/14.

ARAÚJO, L.M.B; BRITTO, M.M.S.; CRUZ, T.R.P. Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.44, n.6, p.509-518, 2000.

BOUNDY, J. *et al.* **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Obesidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o**

enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e saúde coletiva.** v.15, supl.1, p.1509-1520, 2010.

COSTA, M.B.; CASTRO, A.P.A. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. **Revista de Extensão da Univasf.** v.1, n.2, p.30-37, 2013.

DUTRA, E.M. *et al.* Atenção integral aplicada à família: relato de experiência. **SANARE, Sobral,** v.11. n.1, p. 55-59, 2012.

ERBERLY, L.E. *et al.*, Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: the multiple risk factor intervention trial research group. *Diabetes Care.* v.26, n.3, p.848-854, 2003 *Apud* FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.53, n.1, p. 80-86, 2009.

FARIA, A.N. *et al.* Tratamento de Diabetes e Hipertensão no Paciente Obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.46, n., p.137-142, 2002.

FERREIRA, N.S. *et al.* A abordagem multidisciplinar no cuidado à saúde: resultados da avaliação de um programa de educação e controle da hipertensão arterial. **Revista Hipertensão.** v.1, supl., 2013

FLORINDO, A.A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v.14, n.1, p.72-73, 2009.

GUSMÃO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v.16, n.1, p.38-43, 2009.

HU, G. *et al.*, The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke.* v.36, n.12, p.2538-2543, 2005; *Apud* FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.21, n.1, p. 07-19, 2012.

IBGE-cidades. **Curral de Dentro**, Minas Gerais. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312087&search=minas-gerais|curral-de-dentro> . Acesso em 03/09/14.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.1, p. 90-97, 2008.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v.95, n.1 (supl.1), p.1-51, 2010.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014** / Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SCHOEN, F.J. Os vasos sanguíneos. In: Kumar V, Abbas A, Fausto N. *Patologia: bases patológicas das doenças.* 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 537-81. 2005 *Apud* SILVA, B.S. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS.** v. 24, n.1, p.16-23, 2011.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica da Equipe de Saúde da Família - **Curral de Dentro 1**, município Curral de Dentro, MG.2013.

SILVA, T.R. *et al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade.** v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SILVA, B.S. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS.** v. 24, n.1, p.16-23, 2011.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**. v.9, n.4, p. 885-895, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003. *Apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 28 p.

ZEVE, J.L.M.; TOMAZ, C.A.B. Cirurgia metabólica: cura para diabetes tipo 2. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** v.24, n.4, p. 312-317, 2011.