

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

RAQUEL COELHO MOREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO
DO DIABETES E HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA INCONFIDENTES EM SANTA CRUZ, MINAS GERAIS**

SANTA CRUZ DE MINAS /MINAS GERAIS

2019

RAQUEL COELHO MOREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO
DO DIABETES E HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA INCONFIDENTES EM SANTA CRUZ, 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 de Especialista.

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima

SANTA CRUZ DE MINAS / MINAS GERAIS

2020

RAQUEL COELHO MOREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO
DO DIABETES E HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA INCONFIDENTES EM SANTA CRUZ, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Virgiane Barbosa de Lima. Mestre em Biotecnologia. Universidade Federal de Minas Gerais

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa - Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de março de 2020.

**A Deus por todas as bênçãos.
A todos profissionais que se dedicam
Sistema Único de Saúde.
À Olívia, minha filha, meu grande e
verdadeiro amor.**

RESUMO

A atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas não transmissíveis, em particular o diabetes melito e a hipertensão arterial sistêmica é uma necessidade prioritária da Atenção Primária em Saúde, assim como da Estratégia Saúde da Família, pois esta influencia positivamente na prevenção da doença. O presente trabalho objetivou propor um plano de intervenção para melhorar a atenção integral à saúde dos portadores de diabetes e hipertensão na Estratégia Saúde da Família Inconfidentes, no município de Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional, para a construção da proposta de intervenção, na tentativa de atuar sobre o problema considerado prioritário: as doenças crônicas não transmissíveis. Para subsidiar a construção do plano de ação, realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema, com base em dados de bibliotecas virtuais da área da saúde. Assim, espera-se que as atividades propostas possam contribuir para o desenvolvimento de uma atenção com qualidade na promoção e prevenção da saúde dos acometidos por doença crônica.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Doenças Crônicas. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Health care for people with chronic non-communicable diseases, in particular diabetes mellitus and systemic arterial hypertension is a priority need for Primary Health Care, as well as the Family Health Strategy, as this has a positive influence on disease prevention. This study aimed to propose an intervention plan to improve comprehensive health care for people with diabetes and hypertension in the Family Health Strategy Inconfidentes, in the municipality of Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. To carry out this intervention, actions were planned in the areas of monitoring and evaluation, organization and management of the service. The Situational Strategic Planning method was used to build the intervention proposal, in an attempt to act on the problem considered a priority: chronic non-communicable diseases. To support the construction of the action plan, a literature review on the topic was carried out, based on data from virtual libraries in the health area. Thus, it is expected that the proposed activities can contribute to the development of quality care in promoting and preventing the health of those affected by chronic disease.

Keywords: Family Health Strategy. Chronic Diseases. Adherence to Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde

APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes Mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Inconfidentes, Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Minas, município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais.
..... 20
- Quadro 2 – Operações sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais..... 35
- Quadro 3 – Operações sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais..... 36
- Quadro 4 – Operações sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais..... 37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos Gerais do Município	11
1.2 Aspectos da Comunidade	13
1.3 O Sistema Municipal de Saúde	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Inconfidentes	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família 03, da Unidade Básica de Saúde Inconfidentes	17
1.6 O Funcionamento da ESF Inconfidentes	17
1.7 O dia a dia da Equipe 03 da Estratégia de Saúde da Família Inconfidentes	18
1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)	19
1.9 Priorização dos Problemas – A Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REFERÊNCIAL TEÓRICO	25
5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	25
5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	27
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melito e Adesão ao Tratamento	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do Problema Selecionado (Terceiro Passo)	33
6.2 Explicação do Problema (Quarto Passo)	33
6.3 Seleção dos Nós Críticos (Quinto Passo)	34
6.4 Desenho das Operações (Sexto Passo)	34

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Santa Cruz de Minas é um município brasileiro localizado no interior de Minas Gerais, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019 era de 8.604 habitantes. Ocupando uma área territorial de 3,565 km², o município é um dos menores municípios do Brasil em extensão. Além disso, está situada a aproximadamente 150 km de Belo Horizonte, na região de Campos das Vertentes, entre Tiradentes e São João Del-Rei (IBGE, 2019).

A história do município, iniciou-se com os bandeirantes, que foram os primeiros a povoarem a região, a qual é cortada pelo Rio das Mortes, que recebe este nome em decorrência de lutas travadas na região, na época da exploração do ouro. Em determinada região de passagem obrigatória do Rio das Mortes, o local de passagem foi chamado de 'Passagem do Rio das Mortes', e em seguida Porto da Passagem, Porto Real da Passagem, Vargem do Porto e finalmente Porto. O nome Porto, foi dado ao local pelo trânsito dejangadas com mercadorias de toda a região, transportando alimentos, vestuários, entre outras

Chegando ao Porto Real da Passagem as pessoas partiam em busca do ouro e formavam Arraiais da região, onde atualmente existem as cidades de São João Del Rei, Tiradentes e Santa Cruz de Minas.

No ano de 1937, com a autorização do Padre José Bernardino da Silveira houve a celebração da primeira missa campal e a benção da pedra fundamental. No local, seria construída uma capela no terreno doado pela Prefeitura de Tiradentes e a fixação de um cruzeiro que originou o nome de Santa Cruz de Minas e o padroeiro São Sebastião (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

No ano de 1962 criou-se o distrito, subordinado a Tiradentes, e a emancipação, somente em dezembro do ano de 1995, época em que o turismo passou a ter significativa participação na economia do município, sendo os principais atrativos da região a Cachoeira Bom Despacho,

localizada na Serra de São José, "marco zero" da Estrada Real, importante pela produção artesanal (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

Em relação à economia Santa Cruz de Minas possui poucos recursos econômicos baseado na indústria de extração e beneficiamento de areia de quartzo, outra com o beneficiamento de cal e um polo de microempresas (artesanatos e fabricação de móveis em madeira de demolição) além do comércio em geral. Outra importante fonte de renda é a paisagem paradisíaca e seu povo acolhedor somado ao turismo ecológico realizado na Serra São José que agrega um terço da cidade e a Cachoeira Bom Despacho como pontos turísticos bastante visitados, principalmente no verão, sendo a temperatura média anual de cerca de 20°C (IBGE, 2019).

Aproximadamente 100% da população santacruzense vive na zona urbana, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,706, considerado como alto em relação ao estado (IBGE, 2019).

Santa Cruz de Minas não é sede de uma comarca, pertencendo à Comarca de São João Del Rei, classificada de primeira entrância, que reúne, além de Santa Cruz de Minas, mais outros sete municípios. Já a administração municipal é feita pelos poderes executivo e legislativo (IBGE, 2019).

Há cerca de nove anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e possui atualmente em funcionamento 03 equipes na zona urbana cobrindo 100% da população. Além das 03 ESF, no município funciona uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde especialistas, prestam serviço para a população de: fisioterapia, psicologia, odontologia, pediatra, clínico geral, ginecologia, obstetrícia e ortopedia (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

1.2 Aspectos da Comunidade

A comunidade onde está inserida a ESF é composto principalmente por uma população carente, mas emergente, com contraste social muito diversificado, com população em ascensão e outros quase em situação de miséria, casa de alvenaria, na maioria ainda sem pintura.

Boa parte dos domicílios de Santa Cruz de Minas são servidos de esgotamento sanitário adequado, cerca de 40% dos domicílios urbanos estão em vias públicas com arborização e urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE 2017).

Observados os documentos da equipe Inconfidentes, a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (*COPASA*) é a responsável pelo abastecimento e da rotina de manutenções nas redes de água e esgoto. Para verificação da qualidade da água, esta é monitorada pelo setor de vigilância da qualidade da água para consumo humano, o qual deve coordenar o Sistema de Informação de Vigilância e Controle da Qualidade da Água de Consumo Humano (SIS-ÁGUA) sua identificação, acompanhamento e avaliação das ações, além das metas da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) conforme sua competência. As informações contidas no banco de dados se referem aos aspectos físico-químicos, químicos e microbiológicos e dados sobre a qualidade, a vazão, população abastecida e a localização do sistema de abastecimento de água (FREITAS; FREITAS, 2005).

Em relação à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.7 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.9. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 808 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 752 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.7 em 2010. Isso posicionava o município na posição 161 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 982 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2019).

Outros recursos observados na comunidade são as 04 igrejas católicas e 02 evangélicas. As demais opções de lazer se resumem em apenas 02 opções, que são uma quadra poliesportiva e um clube, mas já possui sindicato e associação de moradores.

Os dados populacionais dos usuários cadastrados na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Inconfidentes demonstraram que há predomínio pessoas que vivem no local com idade entre 20 e 59 anos, revelando também, boa proporção entre os sexos masculino e feminino. Em seguida observou-se a presença de crianças e adolescentes seguida da população idosa. Já em relação ao perfil epidemiológico da mesma população adscrita à área de abrangência da ESF Inconfidentes foi verificado através da coleta de dados disponíveis no mesmo cadastro individual da população no Sistema de informação Municipal. Assim, os dados de condição de saúde referentes à área adscrita à equipe Inconfidentes estavam representados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida do Diabetes Melito (DM), tabagismo, sofrimento mental e uso de drogas.

No sistema sistema Municipal de informação e no cadastro realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não foi possível verificar registros sobre pessoas com doenças renais e ou respiratórias crônicas, embora na equipe Inconfidentes usuários busquem atendimentos para este tipo de demanda.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

Santa Cruz de Minas é um município pleno em Atenção Primária, que é composta por uma Secretaria Municipal de Saúde, 03 (três) equipes de Estratégia de Saúde da Família, 01 (uma) equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Assistência Farmacêutica (uma Farmácia Básica para todo o município) e 01 (Um) Centro de Saúde onde atendem especialistas, serviço de odontologia, fisioterapia e vacinação. Seu sistema de saúde encontra-se em transição do modelo assistencialista para o de prevenção e promoção a saúde (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

A atenção secundária do município tem sede na Unidade Básica de Saúde de Santa Cruz de Minas, onde são disponibilizados atendimento pelos seguintes especialistas: Cardiologista, Clínico Geral, Ortopedista, Pediatra, Ginecologista/Obstetra, que atendem semanalmente, enquanto o Neurologista e o Psiquiatra atendem mensalmente. O município também conta com os convênios intermunicipais (consórcios de saúde) e os procedimentos especializados são referenciados para São João Del Rei, Barbacena, Juiz de Fora, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

O município não possui serviço de urgência e emergência e os pacientes que necessitam desse tipo de atendimento, são referenciados para UPA em São João Del Rei e/ou acionado SAMU. O município não possui hospital, sendo os pacientes que necessitam de internação, referenciados para UPA em São João Del Rei, de onde são encaminhados para internação hospitalar via SUS fácil (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

Os exames de imagem são realizados, preferencialmente, em São João Del Rei. Porém, dependendo da complexidade são encaminhados para Juiz de Fora, Belo horizonte e Barbacena (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

A assistência farmacêutica do município é realizada pela Farmácia de Minas que recebe incentivo para aquisição de medicamentos básicos e o município entra com a contra partida para diversificar seu rol de medicamentos de acordo com a necessidade local (SANTA CRUZ DE MINAS, 2019).

Inexiste um esforço pelos gestores nas reuniões com os prestadores de serviços de saúde, para estreitar a comunicação entre as redes, portanto não há um canal seguro de referência e contra referência da Atenção Primária com os níveis de atenção secundário e terciário.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Inconfidentes

O funcionamento da ESF Inconfidentes ocorre em conjunto com Unidade Básica de Saúde de Santa Cruz de Minas, e está situada na Rua Sete de Setembro, nº 380, bairro Centro. No primeiro andar encontra-se a recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) , sala de vacina, sala de curativo, sala da enfermagem, consultórios médicos e odontológico, cozinha e banheiros para funcionários e usuários.

É no segundo andar da UBS que ocorre o funcionamento da ESF, onde tem-se uma sala de reuniões da equipe da ESF, sala de triagem da enfermagem, consultório médico. É onde encontra-se a sala da coordenação da UBS, além de existir outros consultórios médicos destinados ao atendimentos dos especialistas. Há também salas disponíveis para atendimento do NASF com os profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia.

A unidade é bem conservada, em boas condições de limpeza, espaçosa para receber a demanda de pacientes em dias comuns, porém, em alguns momentos em que vários profissionais estão atuando no mesmo horário gera certo desconforto pela falta de cadeiras e espaço destinado à espera dos atendimentos.

A UBS funciona no horário de segunda à sexta das 7:00 às 17:00 horas de, ofertando atendimentos semanais de 03 eSF, além dos especialistas em ginecologia, pediatria, cardiologia e ortopedia. As consultas com os profissionais especialistas são agendadas semanalmente no período da manhã na própria UBS, sendo que algumas vagas são destinadas aos atendimentos de demanda espontânea. Já o atendimento de especialidades como neurologia e psiquiatria são ofertados mensalmente e em decorrência deste tempo e da demanda geram fila e de espera considerada relativamente alta.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 03 da Unidade Básica Inconfidentes

Para ofertar os serviços em saúde a Equipe Saúde da Família (eSF) Inconfidentes é formada dos profissionais apresentados a seguir: 01 médico designado pelo Programa Mais Médicos, 01 Bacharel em enfermagem, 01 técnico de enfermagem e 04 ACS.

1.6 O Funcionamento da ESF Inconfidentes

A ESF Inconfidentes funciona de segunda à sexta das 7:00h às 16:00h, permanecendo em funcionamento durante o horário do almoço; as ACS realizam rodízio na recepção do PSF, ou seja, cada dia uma ACS assume o papel de recepcionista. Mesmo assim, as ACS conseguem manter uma certa organização do espaço e dos prontuários.

Durante o dia de serviço, o processo de trabalho é organizado de forma que os usuários são acolhidos pelo ACS que se encontra na recepção e repassa a necessidade trazida pelo paciente para o enfermeiro ou técnico de enfermagem que os quais realizam o acolhimento e triagem do paciente. Assim que o paciente passa pela equipe de enfermagem, independente de agendamento ou demanda espontânea, passa pelo atendimento médico, que recebe as informações colhidas pela equipe de enfermagem via prontuário físico e eletrônico.

Dependendo da demanda apresentada pelo paciente é realizado o encaminhamento interno para os profissionais da própria UBS ou, dependendo da especialidade, esse encaminhamento é realizado via TFD (tratamento fora do domicílio). Muitas vezes os encaminhamentos realizados pela ESF não são adequadamente contrarreferenciados, pois não há um sistema único para a UBS e ESF. Por outro lado, devido ao funcionamento da ESF no mesmo local da UBS, ocorre muitas vezes discussão de casos de pacientes pelos profissionais.

1.7 O dia a dia da Equipe 03 da Estratégia de Saúde da Família Inconfidentes

A equipe realiza reuniões semanais, buscando discutir alguns casos importantes para serem trabalhados em equipe, inclusive com o apoio do NASF em alguns casos. Além de um programa de educação permanente em saúde, que de forma geral abrange situações do cotidiano, como acolhimento, trabalho em equipe, humanização do cuidado, com horário protegido, conforme pactuado entre a instituição responsável pelo programa e a gestão do município.

Em relação à agenda médica, às segundas-feiras, no turno da manhã, não há agendamento de consultas, ou seja, somente demandas espontâneas. Esses atendimentos incluem demandas agudas apresentadas pelos pacientes, como por exemplo, um paciente com febre, náuseas ou vômitos, ou até mesmo pacientes com enfermidades crônicas, com agudização da doença. Esses atendimentos são previamente triados pelo enfermeiro, que inclusive classifica como urgência e ou emergência relacionando a necessidade a um serviço de urgência, como referenciamento para a UPA ou pronto atendimento Hospitalar.

Outros dias, como as terças e as quartas-feiras, abrem-se vagas para consultas de pré-natal e puericulturas, não deixando de existir vagas para qualquer demanda espontânea. Sendo que na quarta-feira, no período da tarde, existe o grupo dos hipertensos e diabéticos, realizados pelos profissionais do PSF, incluindo a médica e os integrantes do NASF.

Nos outros dias têm-se agendamento de consultas para acompanhamento continuado dos pacientes, principalmente as necessidades crônicas, mas também, existem vagas disponíveis para a demanda espontânea, sendo que todos os pacientes passam previamente por triagem pela equipe de enfermagem.

Durante o período da tarde, às quintas-feiras, existe um espaço reservado para reuniões de equipe, na qual são discutidos os casos relevantes que necessitam de intervenção multidisciplinar, sendo que mensalmente, contamos com a presença dos profissionais do NASF, conforme mencionado anteriormente.

1.8 Estimativa rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)

Realizado o diagnóstico situacional e feita a observação ativa da área de abrangência da ESF Inconfidentes, e em reunião de equipe foi possível relacionar os principais problemas que dificultam a assistência à saúde ou que comprometem a qualidade de vida dos usuários adscritos, bem como seus reflexos em suas vidas e comunidade. Assim, abaixo estão selecionados os principais problemas enfrentados pelos usuários que estão sob responsabilidade dos profissionais da eSF Inconfidentes:

- Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados (Adesão ineficaz dos diabéticos e hipertensos aos tratamentos propostos);
- Alto número de atendimentos destinados à demanda espontânea, atendimentos voltados às condições agudas em detrimento as condições crônicas;
- Baixa adesão às atividades coletivas e consultas agendadas;
- Obesidade e sedentarismo;
- Alta dependência a tabagismo, álcool, drogas e psicofármacos;
- Número de funcionários insuficiente (para cobertura da área de abrangência e administrativo), área física inadequada (devido a atendimento compartilhado com outro serviço de saúde) e recursos insuficientes na unidade (material médico hospitalar e insumos farmacêuticos);
- Planejamento ineficaz das ações pela equipe de saúde e equipe pouco colaborativa.

1.11 Priorização dos Problemas – A Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)

Segue abaixo Quadro 1 com a priorização dos problemas encontrados.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Inconfidentes, Unidade Básica de Saúde Santa Cruz de Minas, município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância (Alta, Média ou Baixa)	Urgência* (0 a 10)	Capacidade de Enfrentamento (Dentro, Parcial ou Fora)	Seleção (Ordem de Prioridade)
Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados	Alta	5	Parcial	1
Atendimento voltado às condições agudas em detrimento as condições crônicas	Alta	5	Parcial	2
Planejamento das ações ineficaz pela equipe de saúde	Alta	5	Total	3
Baixa adesão às atividades coletivas e consultas agendadas	Alta	5	Parcial	4
Alta dependência a tabagismo, álcool, drogas e psicofármacos.	Alta	3	Parcial	5
Obesidade	Alta	3	Parcial	6
Recursos insuficientes na unidade + Número de funcionários insuficiente + Área física inadequada	Alta	4	Fora	7

Fonte: Relatórios de reunião de Equipe

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

*** Total, parcial ou fora.

**** Ordenar considerando os três itens.

O quadro acima sintetiza os problemas levantados pela equipe, os que afetam a prestação, eficiência e qualidade da assistência em saúde prestada a população. Observando-se a capacidade de enfrentamento e a urgência que as ações necessitam, foi selecionado como tema de intervenção, “o grande número de hipertensos e diabéticos descompensados”, por ser esse um dos problemas desencadeantes para outros listados, além de afetar diretamente na qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Esta proposta de intervenção se justifica, diante da demanda significativa de usuários portadores de doenças crônicas principalmente o diabetes e a hipertensão, necessitando de atendimentos pelos profissionais da ESF Inconfidentes em Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. São pessoas que carecem de atendimentos muitas vezes urgentes, apresentando ou não comorbidades ou descompensados pela falta do tratamento adequado caracterizando falta de adesão ao mesmo.

A ESF Inconfidentes observou os registros da equipe e conforme os dados demográficos e de condições de saúde levantados mostraram que cerca de 30% dos usuários adscritos ao seu território são portadores de diabetes e/ou hipertensão e que sob a responsabilidade da equipe podem melhorar sua qualidade de vida.

A Atenção Básica (AB) trabalha com princípios e as diretrizes que são a adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, etc. Assim, é conhecida como a porta de entrada para o sistema de Saúde, e quando estes princípios são efetivamente incorporados, permitem que as ações propostas pelos profissionais combinem com os problemas e necessidades de saúde das pessoas e possam causar impacto positivo nas condições de saúde, garantindo acesso e qualidade da assistência ao indivíduo e sua coletividade adscritos num determinado território, estando neste contexto estão também as pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Assim, as condições crônicas são muito prevalentes e multifatoriais, demandando uma abordagem que necessariamente envolvam a equipe multidisciplinar e os profissionais das equipes de Saúde além do protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. Trata-se de um trabalho desafiador, com proposta metodológicas e ferramentas eficientes para organizar seus processos de trabalho e voltar suas ações para a prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, além de proporcionar tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e adesão ao tratamento entre usuários portadores de doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes na equipe de Saúde da Família Inconfidentes em Santa Cruz de Minas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Propor melhorias no processo de trabalho da ESF Inconfidentes;

Compreender a importância do adequado acompanhamento do portador de hipertensão e diabetes na atenção básica.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desta intervenção, primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência associado à observação ativa e também avaliação do processo de trabalho da ESF Inconfidentes. Em seguida, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), para a construção da proposta de intervenção (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018). Busca-se assim, atuar sobre o problema considerado prioritário e que vem afetando de forma negativa a assistência prestada aos usuários acometidos que vivem na área de abrangência, identificado o problema prioritário, seus nós críticos com posterior elaboração do plano de intervenção.

Para o chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde, devem ser propostas operações para enfrentamento do problema considerado como prioritário (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Para subsidiar a proposta de intervenção sobre o problema considerado prioritário neste momento, realizou-se revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais da área da saúde, por meio dos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família. Doenças crônicas. Adesão ao tratamento. Prevenção.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

No Brasil, o Sistema de Saúde é público e universal e é denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Além disso, vem propondo ações para o desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS), adotada como estratégica para ampliar a efetividade da assistência à saúde, implementando políticas públicas voltadas para as necessidades da população. No ano de 1994, os Municípios receberam recursos financeiros para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual, no ano de 2006 passou a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família. Assim, esta nova forma de organização passou a ofertar nos municípios seus serviços de saúde convertendo o modelo assistencial que até então era baseado na assistência hospitalar (ESF) (COSTA, 2016). Concordando, o trabalho de Macinko; Mendonça (2018) também considera que:

[...] O Brasil tem um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, denominado SUS, resultado da luta pela redemocratização do País, que traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos socioambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (MURRAY ; FRENK, 2000 apud MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 19)

A ESF é uma ferramenta que utiliza os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e fundamenta-se nos princípios do SUS, constituindo uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde conhecido como modelo biomédico. Esta estratégia é capaz de orientar a organização do sistema de saúde, buscando resolver as demandas por saúde da população através da mudança do modelo assistencial (SORATTO et al, 2015).

Para isto, são desenvolvidas práticas de saúde como a “centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial” (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016, p.1500).

Com a edição da Constituição Federal de 1988 e posteriormente a Lei 8.080/90, o município ficou encarregado de desenvolver ações e serviços de saúde. A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, permitiu a constituição das equipes de saúde da família (eSF). Cada uma destas equipes, foram constituídas por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Viegas e Penna (2013) afirmam que:

[...] A proposta de um modelo de atenção na ESF no Brasil, centrado na qualidade de vida das pessoas e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar, deve pautar-se em ações interdisciplinares organizadas num território definido, em busca da melhoria das condições de vida e saúde da população. Porém, na prática, essa Estratégia ainda não conseguiu alcançar os seus objetivos na APS, pois a assistência ainda se fundamenta no modelo biomédico, com enfoque na doença e com atenção fragmentada. Entendemos que a construção da integralidade depende das políticas formuladas, da organização do Sistema para sua implementação, das ações integradas em saúde, mas também do reconhecimento, por parte do profissional, de que a atenção à saúde deve ser sujeito-centrada. Para um modelo assistencial centrado no utente propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por ações integrais em saúde, no qual o ser humano é visto como um ser completo, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita, às equipes da ESF, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão para além de práticas curativas. A produção do cuidado dá-se em ações de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade. A prática cuidadora fundamenta-se na monitorização e na articulação das diversas intervenções em saúde por meio do acompanhamento do cliente pela rede de serviços (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 100).

A ESF através da promoção da saúde realiza articulações que a permite observar fatores que afetam a saúde da população e as necessidades das pessoas que vivem em diferentes territórios e sua cultura. Desta forma as ESF podem criar mecanismos para redução das vulnerabilidades com equidade envolvendo a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Os profissionais que trabalham na atenção básica devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações voltadas para as necessidades da comunidade, além de articular com os envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde é resultado de diferentes fatores como o comprometimento dos profissionais sanitários e gestores, sabendo-se que a formação, desempenho e gestão dos

recursos humanos interferem na qualidade dos serviços prestados e no grau de satisfação dos usuários (COTTA et al, 2006). Os autores se referem aos recursos humanos como:

[...] Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, é indispensável para a implementação do SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores, cuja evolução na carreira conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretarias de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior (BRASIL, 1993 apud COTTA et al, 2006, p 8)

Cotta et al (2006) ainda comentam que uma das mais graves situações no Brasil e capazes de gerar desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades, estão os baixos salários, as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público e até abandono do trabalho. Assim, a tendência de implantação de contratos informais de trabalho, os profissionais ficam subordinados à instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que ocupam poder nos Municípios brasileiros.

5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT “São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública” (OMS, 2005 apud THEME FILHA et al, 2015, p. 84).

Essas doenças acometem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, preferencialmente os grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda. No Brasil, a situação de saúde se caracteriza pela transição demográfica crescente e pelo perfil epidemiológico, que se encontra comprometido com uma significativa carga de doenças como as doenças infecciosas e carenciais, a de causas externas e a presença das condições crônicas. Estas últimas, são doenças responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo que são: cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, (MELO et al, 2019). Malta et al (2017), demonstram que a o aumento

das DCNT, se devem a fatores de risco como o uso do tabaco, inatividade física, uso abusivo do álcool e dietas não saudáveis, sobre os quais medidas de intervenção podem resultar em redução de mortes. Os autores se referem à utilização dos serviços de saúde, que é maior entre pessoas doentes:

[...]destacam que os determinantes da utilização dos serviços passam pelas necessidades de saúde, ou a existência da doença, bem como a gravidade e urgência da doença. Outros fatores de procura de serviços seriam características demográficas dos usuários, como idade, sexo, região de moradia dos usuários, situação socioeconômica (escolaridade, renda). Adicionalmente, existem fatores ligados aos prestadores de serviços, como experiência profissional, especialidade, recursos disponíveis, acesso geográfico e social, financiamento dos serviços, seguro de saúde, dentre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud MALTA et al, p. 2s).

As DCNT podem levar a incapacidades, resultando em sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e familiares, gerando impacto financeiro para o sistema de saúde. Além disso, resultam em prejuízos indiretos para a sociedade e o governo, causado pela redução da produtividade, perda de dias trabalhados, e conseqüente redução da qualidade de vida (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Atualmente as DCNT vêm apresentando valores crescentes dos indicadores de morbimortalidade estimulando o debate sobre a promoção da saúde, fazendo associação entre medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida, deixando de lado os indivíduos e seus familiares. O aumento das DCNT é um importante problema de saúde pública, e vem priorizando o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido pelas eSF (MEDINA et al, 2014).

Muitas vezes o trabalho da equipe na APS não está organizado de forma a atender as necessidades de atenção de populações acometidas crescentemente por problemas de natureza crônica. Sobre o trabalho dos profissionais das eSF, devem ser destacadas as práticas de promoção da saúde, atendendo a dimensão individual e coletiva, propondo ações de educação e comunicação em saúde. Além disso, na eSF, os profissionais vêm estimulando as mudanças comportamentais e a hábitos e estilos de vida inadequados para a doença do indivíduo, utilizando de ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita (MEDINA et al, 2014).

Já em relação estudo sobre a carga global das doenças, no Brasil, Melo et al, 2019 citam que:

[...]foi demonstrado que 77,2% dos anos de vida perdidos por incapacidade eram representados pelo grupo das DCNT. As piores situações foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste, o que pode ser reflexo de piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde, dificultando o controle dos fatores de risco para o tratamento das doenças, determinando maior incidência de sequelas e mortalidade precoce(Leite et al, 2015 apud MELO et al, 2019, p. 3160).

Complementar ao trabalho das eSF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um qualificador da Atenção Básica (AB), pois, é uma prática oposta à forma tradicional de se propor atenção à saúde no Brasil. Seu trabalho é integrado e presta apoio matricial às equipes de Saúde da Família, capacitando-as para as intervenções terapêuticas e pedagógicas usuáris adscritos. Suas ações estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população são desenvolvidas nos consultórios de rua, na assistência a populações ribeirinhas e fluviais, ou no Programa Academia da Saúde, facilitando o acesso da população à equipe multiprofissional da ESF (Brasil, 2008 apud SEUS et al, 2019).

Situações que permitem melhorias na qualidade de vida das pessoas com DCNT, estão no seu enfrentamento. Assim, Malta; Silva Junior (2013), descrevem a necessidade de:

[...]articulação com políticas públicas de saúde de outros setores como Educação, Agricultura, Esporte, Transportes, Comunicação, Planejamento urbano, Meio ambiente, Trabalho e emprego, Indústria e comércio, Finanças e Assistência social, entre outros. Parcerias multissetoriais são fundamentais no apoio às políticas de prevenção de DCNT, como por exemplo, políticas de controle do tabagismo que exigem controle de preços, taxaço de cigarros, estímulo à diversificação de cultura (OMS, 2011 apud MALTA; SILVA JUNIOR, 2013, p. 161).

Além disso, políticas de alimentação saudável, requerem estímulo a produção de alimentos saudáveis e redução de preços, taxaço de alimentos processados, entre outros. Já as políticas de estímulo à atividade física dependem da reestruturaço de espaço físico, promoção da mobilidade urbana, etc. Em relação ao uso do álcool pelo portador de DCNT, seu controle está relacionado à redução de acidentes e violência, redução de mortes no trânsito (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

As principais causas de óbitos em todo o Brasil, pertencem à classe das DCNT e são representadas pela hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM). As investigações sobre as DCNT iniciaram em torno de 1923 nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa e na década de setenta com metodologias mais modernas. Observou-se então que estas doenças deixaram de ocorrer em maior quantidade nos países desenvolvidos, passando a acometer os em desenvolvimento, como o Brasil, agravado por fatores dificultadores para a implantação de programas de prevenção e combate às patologias, afetadas pela desigualdade social e dimensão continental do país (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Os autores descrevem medidas voltadas para a HAS e DM como:

[...] No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento, faz-se necessário a aplicação de estudos epidemiológicos, visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de detecção precoce e melhor canalização de recursos humanos e financeiros para o tratamento destas doenças não transmissíveis e que se instalam de forma silenciosa. Dentro desta proposta, encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde, enfatizando a prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde (BRASIL, 2001 apud MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011, p. 1384).

Em relação ao fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral de DCNT verifica-se o importante papel da Atenção Básica e da ESF, pois, suas práticas são voltadas para o trabalho interdisciplinar, à programação e à implementação das atividades baseados no risco à saúde. Além disso, a ESF desenvolve ações intersetoriais viabilizando ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, para reduzir a prevalência dos principais fatores de risco em seus territórios. As ESF devem realizar o diagnóstico de saúde da população para elaborar e executar ações de vigilância em saúde, atuando no controle das DCNT, sobretudo a HAS e DM (JARDIM; NAVARRO, 2017).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melito e Adesão ao Tratamento

De acordo com Brasil (2001) abordar a HAS e o DM em um único protocolo é possível pela presença de fatores comuns às duas patologias, como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outros. Além disso, é necessária a detecção, diagnóstico, identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e tratamento adequado para a HAS e o DM. É um desafio para o SUS, comunidade científica e as associações de portadores, pois, são situações que necessitam de intervenção imediata, alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidades provocadas.

De acordo com a prevalência da HAS e do DM, Carvalho Filha; Nogueira e Medina (2014) descrevem que:

[...] A grande defasagem entre as estimativas epidemiológicas e os dados dos serviços relativos ao cadastro de pacientes com hipertensão e diabetes demonstra a baixa efetividade das ações de controle desses problemas, especialmente no âmbito da Atenção Básica, e revela também a necessidade de um acompanhamento mais intenso das atividades realizadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA E MEDINA, 2014, p. 266).

A HAS é um importante problema de saúde pública e tem como característica a alta prevalência e baixa taxa de adesão ao tratamento, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares (DCV). A HAS possui alto índice de morbidade e mortalidade, sendo que um dos fatores mais importantes é o controle da pressão arterial, onde parte significativa de pacientes com HAS não fazem uso dos medicamentos. (VANCINI-CAMPANHARO et al, 2015).

Assim, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada aos custos dos medicamentos e às condições sociodemográficas dos pacientes, gerando a procura por serviços de emergência. Muitas vezes, são pacientes com baixa renda salarial, acesso aos serviços dificultados, consumo de bebidas alcoólicas e acompanhamento médico irregular, demandando assim planos de intervenção para

a redução das complicações causadas pela HAS e o número de internações (VANCINI-CAMPANHARO et al, 2015).

O DM pertence a um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, causada por defeitos na secreção de insulina ou da sua ação. Os sintomas mais comuns da hiperglicemia são a poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, visão turva ou ainda complicações agudas como a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica podendo causar a morte. Já a hiperglicemia crônica remete à disfunção e falência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (GROSS et al, 2002).

É possível reduzir significativamente a incidência de novos casos de diabetes utilizando-se de medidas de intervenção propondo a realização de exercício físico, redução de peso em pacientes com alterações da homeostase glicêmica ainda não classificadas como diabetes (TUOMILEHTO 2001 apud GROSS et al, 2002, p. 17).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado no território da ESF Inconfidentes em Santa Cruz de Minas, onde através do diagnóstico situacional foram levantados os problemas mais frequentes no território. Após análise de viabilidade, governabilidade e urgência no enfrentamento selecionou-se o “Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados por falta de adesão ao tratamento”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do Problema Selecionado (Terceiro Passo)

No município de Santa Cruz de Minas 24,7% da população é portadora de hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes. Em nossa área de abrangência esse numero se eleva para 26,33% da população, conforme dados do sistema de informação municipal.

Somando-se a esse dado observou-se que a população da área de abrangência da ESF Inconfidentes têm dificuldade em entender o funcionamento da AB e seu papel de promoção e prevenção em saúde.

A demanda espontânea em sua maioria é de usuários que procuram atendimento para condições agudas, principalmente hipertensos e diabéticos descompensados, o que leva a longas filas de espera por atendimento médico, em detrimento ao atendimento multiprofissional que se espera de uma atenção básica que preconiza evitar situações de agravo à saúde.

6.2 Explicação do Problema Selecionado (Quarto Passo)

A demanda de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados conforme observado por pela equipe é a mais frequente no dia a dia, e quando investigado, observa-se a falta de adesão ao tratamento das duas doenças crônicas citadas.

Por esse motivo os profissionais da ESF Inconfidentes, apresentaram uma mudança nas ações programadas da AB, passando a estabelecer reuniões semanais em grupos operacionais com ações voltadas para essa demanda.

Porém para que essas ações sejam efetivas é necessária também uma mudança de atitude de toda a equipe de saúde, para que além de programar as ações, estimulando a adesão da população ao tratamento destas doenças crônicas. Observado os desfechos dos atendimentos e nos registros da equipe de janeiro a maio/2019, apenas 3,3% desses desfechos resultaram em agendamentos para grupos operativos e ações programadas do NASF, e apenas 3,9% foram de agendamentos para cuidados continuados.

6.3 Seleção dos Nós Críticos (Quinto Passo)

Para direcionar as ações propostas nesse projeto de intervenção, foram identificados a partir do problema prioritário os seguintes nós crítico, abaixo descritos:

- Nó crítico 1: Adesão ineficaz dos diabéticos e hipertensos aos tratamentos propostos (medicamentosos e não medicamentos) e difícil adaptação da população ao modelo de saúde preventiva;
- Nó crítico 2: Aceitação de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada;
- Nó crítico 3: Orientação ineficaz da demanda espontânea e adequação do processo de trabalho da equipe

6.4 Desenho das Operações (Sexto Passo)

Neste tópico descreveremos o desenho das operações propostas para cada um dos três nós críticos relacionados ao problema levantado, “Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados”, na população da área de abrangência da ESF Inconfidentes, no município de Santa Cruz de Minas em Minas.

Quadro 2 – Operações sobre o “Nó Crítico 1” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Adesão ineficaz dos diabéticos e hipertensos aos tratamentos propostos (medicamentosos e não medicamentos) e difícil adaptação da população ao modelo de saúde preventiva
Operação (operações)	Alterar agenda da unidade, aumentando o número de consultas programadas para pacientes portadores de doenças crônicas e incentivar participação em atividades coletivas.
Projeto	Mestre mandou!
Resultados esperados	Melhorar assistência em saúde. Melhorar indicadores de saúde. Diminuir risco cardiovascular. Aumentar adesão a grupos operativos. Aumentar número de consultas agendadas/programadas. Reorganizar demanda da unidade. Reduzir número de atendimentos em demanda espontânea.
Produtos esperados	Aumentar número de atendimentos programados. Aumentar número de encaminhamentos a atividades coletivas. Reduzir demanda espontânea. Reduzir condições agudas preveníveis. Melhorar qualidade de vida da comunidade. Aumentar conhecimento sobre prevenção e hábitos saudáveis. Aumento da procura por consultas agendadas e grupos operativos.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a demanda do serviço, aumentar divulgação sobre atividades programadas da equipe, organizar grupos, adequar agendas (ESF e NASF) Cognitivo: informações sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas e elaboração do projeto. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais. Político: articulação entre equipe da ESF, UBS, NASF e comunidade.
Recursos críticos	Cognitivo: elaboração do projeto. Político: adequação da equipe, aceitação da comunidade. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Equipe: Favorável Comunidade: indiferente
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Quatro meses para elaborar/apresentar projeto e organizar agenda.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Raquel e Gisele
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar adesão as atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado, número de pacientes descompensados atendidos. Avaliação a cada 4 meses, com adaptação da agenda durante o processo se necessário.

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó Crítico 2” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Aceitação de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada.
Operação (operações)	Aumentar o número de atividades em grupo e programadas. Realizar orientação à comunidade em sala de espera, visitas domiciliares, entre outros, informando sobre as mudanças pretendidas.
Projeto	O combinado não sai caro!
Resultados esperados	Adequação e aceitação da população ao modelo de assistência preventiva. Melhoria qualidade da assistência em saúde.
Produtos esperados	Adesão às agendas programadas e aos grupos operativos. Diminuição da agudização de condições crônicas.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a demanda espontânea, reorganização da demanda, direcionamento da demanda para ações de promoção e prevenção. Cognitivo: informações sobre as ações programadas da equipe, melhorar estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais. Político: articulação entre equipe da UBS, ESF, NASF, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos críticos	Estrutural: adequar agenda, direcionamento da demanda para ações de promoção e prevenção. Político: adequação da equipe, aceitação da comunidade e apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Equipe: Favorável Comunidade: indiferente
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Quatro meses para elaborar/apresentar projeto e organizar agenda.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Raquel e Gisele
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar adesão as atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado, número de pacientes descompensados atendidos. Avaliação a cada 4 meses, com adaptação da agenda durante o processo se necessário.

Quadro 4 – Operações sobre o “Nó Crítico 3” relacionado ao problema “Grande número de Diabéticos e Hipertensos Descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Inconfidentes, do município de Santa Cruz de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Orientação ineficaz da demanda espontânea e adequação do processo de trabalho da equipe.
Operação (operações)	Realizar reunião, propor em conjunto com a equipe mudanças nos processos de trabalho. Apresentar projeto e propostas de mudanças à comunidade, melhorando a orientação, com qualidade de informação sobre as mudanças pretendidas.
Projeto	Ponto de partida!
Resultados esperados	Uniformidade das informações prestadas. Organizar atividades programadas. Adesão da população as atividades. Capacitar equipe para orientar a população e reorganizar a demanda.
Produtos esperados	Reduzir demanda espontânea. Melhorar a qualidade da informação fornecida a população. Equipe colaborativa.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda da equipe, promover atividades coletivas Cognitivo: orientar população sobre as atividades planejadas da equipe, estratégias de comunicação, pedagógicas e concordância dos profissionais da equipe ESF. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais. Político: articulação entre profissionais da equipe da UBS, ESF, NASF, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos críticos	Cognitivo: uniformidade da informação e concordância dos profissionais. Político: aceitação da comunidade, articulação entre profissionais da equipe e apoio da Secretaria de Saúde. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Equipe: Favorável Comunidade: indiferente Secretaria de Saúde: Favorável
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Apresentar estratégia prazo um mês, dois a três meses para mobilização da equipe e organização da agenda.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Raquel e Gisele
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar colaboração da equipe e aceitação da comunidade a cada mês, readaptar estratégia se necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso desta intervenção depende da participação e empenho dos profissionais da equipe Inconfidentes em Santa Cruz de Minas /Minas Gerais e da equipe multidisciplinar. A qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas como do diabetes e a hipertensão no território sob responsabilidade da equipe pode ser melhorada, a partir desta proposta, pois, pretende-se estimular a redução dos fatores de risco modificáveis; através da organização do processo de trabalho, da informação ao acometido e familiares sobre esta etapa da vida e a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Além disso, a equipe deverá reorganizar a agenda de forma a proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários e seus familiares, desenvolvendo a escuta qualificada, comunicação e vínculo.

A melhoria do cuidado ao portador das DCNT citadas requer avaliação e monitoramento constante, acompanhamento pelos profissionais de saúde da equipe e da equipe multidisciplinar para garantir orientações, monitoramento pelos ACS e acompanhamento das patologias.

Os recursos utilizados baseiam-se em ações propostas pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, visando melhorar o cuidado através de as ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, estímulo e necessidade da modificação de hábitos resultando em aumento da estima e melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Com esta intervenção espera-se melhorar a compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde aderindo à terapia medicamentosa e não medicamentosa também necessária ao bem estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L., J.; SHIMIZU, H., E., MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. :1499-1509, 2016
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CIDADES IBGE- Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santos-dumont/panorama> > Acesso em: 07/07/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. protocolo 1**, Brasília, 2001, 96p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. 162 p.
- CARVALHO FILHA, F., S., S.; NOGUEIRA, L., T.; MEDINA, M., G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 265-278, out. 2014
- COSTA, N., R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, mai. 2016.
- COTTA, R., M., M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C., M.; FRANCESCHINI, S., C., C.; PRIORE, S., E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.
- FARIA H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 10 jun 2019.
- FREITAS, M., B.; FREITAS, C., M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.
- GROSS, J., L; SILVEIRO, S., P.; CAMARGO, J., L.; REICHELDT, A., J.; AZEVEDO, M., J. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002.
- JARDIM, L., V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **J Health Sci Inst./ Universidade Paulista**; v. 35 n. 2, p. 122-6. 2017.
- KLEBA, M., E; KRAUSER, I., M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, Mar. 2011

MACINKO, J.; MENDONÇA, C., S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, set., 2018.

MALFATTI, C., R., M.; ASSUNÇÃO, A., N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, Supl. 1, p. 1383-1388, 2011

MALTA, D., C.; 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*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017.

MALTA, D., C.; SILVA JUNIOR, J., B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

MEDINA, M., G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A., L., Q.; MOTA, E.; PINTO JÚNIOR, E., P.; LUZ, L., A.; ANJOS, D., S., O.; PINTO, I., C., M. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* | Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014

MELO, S., P., C.; CESSÉ, E., A., P.; LIRA, P., I., C.; RISSIN, A.; CRUZ, R., S., B., L., C.; BATISTA FILHO, M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, ago. 2019.

MOTTA, L., C., S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015.

PINTO, L., F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018

SEUS, T., L., C.; SILVEIRA, D., S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L., A.; SIQUEIRA, F., V. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013*. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 28, n. 2, p. e2018308, 2019

SORATTO, J.; PIRES, D., E., P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde Da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, abr-Jun, 2015

THEME FILHA, M., M.; SOUZA JUNIOR, P., R., B., DAMACENA, G., N.; SZWARCOWALD, C., L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*, v. 18, suppl 2, p. 18: 83-96, dez., 2015.

VANCINI-CAMPANHARO, C., R.; OLIVEIRA, G., N.; ANDRADE, T., F., F., L.; OKUNO, M., F., P.; LOPES, M., C., B., T.; BATISTA, R., E., A. Hipertensão Arterial

Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**;v. 23, n. 6, p. 1149- 56, nov.-dez. 2015

VIEGAS, S., M., F.; PENNA, C., M., M. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser. III, n. 10, p. 99-108, jul. 2013.