

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JACY LOPES MIRANDA NETO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERDE
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DE IGUAÇU EM
IPATINGA, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

JACY LOPES MIRANDA NETO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERDE
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DE IGUAÇU EM
IPATINGA, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Dr. Christian Emmanuel
Torres Cabido

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

JACY LOPES MIRANDA NETO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR CONTROLE DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERDE
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DE IGUAÇU EM
IPATINGA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor (a). Nome - Christian Emmanuel Torres Cabido – UFMA

Professor (a). Nome - Ivana Montandon Soares Aleixo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em -- de ----- de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me dado saúde, força e perseverança e sendo assim essencial em minha vida, a minha esposa Mariana Gomes de Oliveira Lopes e minha mãe Ivaneida Lopes Borges e meus irmãos Ana Amélia Lopes Miranda e Bartholomeu Lopes Miranda.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como discente, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À UFMG, pela oportunidade de fazer o curso, pelo ambiente criativo, moderno e amigável que proporciona.

Aos Treinadores da Associação Esportiva Recreativa Usipa, em especial ao Dalton Pinheiro Pinto (coordenador de futebol), Elder Euler Inácio Dos Santos (técnico de futebol), pela disponibilidade, colaboração, compreensão, empenho demonstrados, por sua presteza, dedicação e suporte nas ações para o desenvolvimento da proposta de intervenção.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

RESUMO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A coexistência de HAS e DM aumenta o risco para complicações micro e macrovasculares, predispondo os indivíduos à insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana e cerebrovascular, insuficiência arterial periférica, nefropatia e retinopatia. Assim o objetivo desse estudo é elaborar um plano de intervenção para diabetes e hipertensão quanto aos cuidados para quem convive com as duas doenças na população estudada. Este trabalho foi realizado através de um levantamento de dados por meio da estimativa rápida sobre diabete/hipertensos na área da equipe verde da cidade de Ipatinga/MG e buscou estabelecer quanto a importância do entendimento sobre suas complicações e sua evolução provoca no indivíduo que não está engajado em seu tratamento como um todo. Foram utilizados estudos publicados nas bases SciELO, PudMed e Google Acadêmico. Foram identificados os nós críticos: hábitos estilo de vida inadequados; pressão social na busca de melhor remuneração; baixo nível de informação sobre a progressão do problema de saúde. Foram propostas as operações/projetos (estabelecer modificações de consciência/mais consciência, aumentar a capacidade de administração doméstica/administrar melhor, aumentar o nível de informação da população sobre os riscos, descaso com sua saúde, à falta de compromisso com o tratamento/aprender a aprender, criar hábitos de organização micro/meso e macro do tempo/mais prioridade). Com essa proposta espera-se diminuir o tabagismo, alcoolismo, obesidade, implantar a ideia de prioridade, organização do orçamento familiar e formar uma população mais consciente sobre a importância do tratamento continuado.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Estimativa Rápida. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are the main risk factors for cardiovascular diseases. The coexistence of SH and DM increases the risk for micro and macrovascular complications, predisposing individuals to congestive heart failure, coronary and cerebrovascular disease, peripheral arterial insufficiency, nephropathy and retinopathy. Thus the objective of this study is to elaborate an intervention plan for diabetes and hypertension regarding care for those living with both diseases in the study population. This work was done through a data collection through the rapid estimation of diabetes / hypertension in the green team area of the city of Ipatinga / MG and sought to establish how important the understanding of its complications and its evolution causes in the individual who is not engaged in its treatment as a whole. We used studies published in SciELO, PudMed and Google Academic databases. Critical nodes were identified: inadequate lifestyle habits; social pressure in the search for better remuneration; low level of information on the progression of the health problem. Operations / projects were proposed (to establish changes of consciousness / awareness, to increase the capacity of home administration / to administer better, to increase the level of information of the population about the risks, disregard for their health, lack of commitment to treatment / to learn to learn, to create micro / meso organization habits and macro of the time / more priority). With this proposal it is expected to reduce smoking, alcoholism, obesity, implant the idea of priority, organize the family budget and train a more aware population about the importance of continued treatment.

Keywords: Family Health Strategy. Quick Estimate. Hypertension. Diabetes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESdF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema De Informação Da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1. Classificação da prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, UBS do Iguaçu, município de Ipatinga, estado de MG. 21
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguaçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais. 35
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguaçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais. 36
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguaçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais. 37
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguaçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais. 38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município de Ipatinga	11
1.2 Aspectos da comunidade do Iguaçu	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.3.1 Financiamento da saúde	13
1.3.2 Rede de serviços	13
1.4 A Unidade Básica De Saúde Do Iguaçu	17
1.5 A Equipe de Saúde Da Família Verde, da Unidade Básica de Saúde do Iguaçu	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Verde	19
1.7 O dia a dia da equipe verde	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	20
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1 Estratégia Saúde da Família	26
5.2 Atenção Primária à Saúde	26
5.3 Hipertensão	27
5.4 Diabetes mellitus	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema diabéticos/hipertensos	30
6.2 Explicação do problema diabéticos/hipertensos	31
6.3 Seleção dos nós críticos	33
6.4 Desenho das operações	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Ipatinga

Ipatinga é uma cidade que possui 9 regiões, com 239.468 habitantes (população no último censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [2010]), comparando a outros municípios no Brasil ocupa o 107º lugar e no estado de MG é o 10º em número de habitantes, com uma densidade demográfica de 1.452,34hab./km², localizada na região sudeste e no estado de Minas Gerais/MG que possui 853º municípios, 12º mesorregiões e 66º microrregiões. A **microrregião de Ipatinga** é uma microrregião do estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce. Ocupa uma área de 4.406,268 km² (IBGE, 2018).

Quando analisado o trabalho e rendimento, em 2016, o salário médio mensal era de 2,3% salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27,3%. Na comparação do salário médio mensal e pessoas ocupadas com os outros municípios do estado, Ipatinga ocupava as posições 69º de 853º e 54º de 853º, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 837 de 5570º e 627º de 5570º, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, havia 33,8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 593º de 853º dentre as cidades do estado e na posição 3821º de 5570º dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2018).

Na educação em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade de Ipatinga/MG tiveram nota média de 6,4 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 5,1. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 228º de 853º. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 142º de 853º. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,8 em 2010. Isso posicionava o município na posição 395º de 853º dentre as cidades do estado e na posição 2411º de 5570º dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2018).

A economia em 2015, tinha um Produto interno bruto (PIB) per capita de R\$ 32.811,11.

Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 60º de 853º. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 728º de 5570º. Em 2015, tinha 73,5% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 668º de 853º e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4327º de 5570º (IBGE, 2018).

Na saúde, à taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,33 para 1,000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,4 para cada 1,000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 429º de 853º e 421º de 853º, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3170º de 5570º e 3606º de 5570º, respectivamente (IBGE, 2018).

O território e ambiente, apresenta 97,7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 88,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 77,8% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 5º de 853º, 107º de 853º e 6º de 853º, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 84º de 5570º, 1645º de 5570º e 36º de 5570º, respectivamente (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade do Iguaçu

A comunidade sob responsabilidade da equipe verde é de 6.969 habitantes, localizada na unidade de saúde do bairro Iguaçu, que foi delimitada a cerca de 15 anos quando realizado o planejamento na época considerando a população ali resistente. Iguaçu é um bairro do município brasileiro de Ipatinga, no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com o IBGE, sua população no ano de 2010 era de 16.908 habitantes, sendo 8.168 homens e 8.740 mulheres, possuindo um total de 5.426 domicílios particulares distribuídos em uma área de 2,3 km². Originou-se do loteamento da antiga Fazenda Prato Raso, pertencente a Jair Gonçalves. Parte das

terras foi vendida por Jair, enquanto que alguns lotes foram doados para a construção de escolas, asilos, igrejas e um campo de futebol. A estrutura de saneamento básico na comunidade tem boa infraestrutura, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. A educação quanto ao índice de analfabetismo é baixa. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) trabalham quatro equipes – equipe verde, vermelha, azul, laranjada – e a equipe verde tem uma equipe de saúde bucal.

1.3 O sistema municipal de saúde

1.3.1 Financiamento da saúde

- Transferências: As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).
- Recursos próprios: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Inter-vivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR)
- Gasto per capita/ano: Despesa (em R\$ mil correntes) R\$ 4.331.743, despesas por habitante (R\$) R\$221,06.

1.3.2 Rede de serviços

- ATENÇÃO PRIMARIA:
 - ✓ Saúde do Adulto;
 - ✓ Saúde da criança;
 - ✓ Saúde da Mulher;
 - ✓ Saúde do adolescente;

- ✓ Apoio a saúde da mulher;
- ✓ Reabilitação;
- ✓ Academia da saúde;
- ✓ Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF);
- ✓ Suporte Nutricional;
- ✓ UBS (22).

- ATENÇÃO ESPECIALIZADA:
 - ✓ Policlínica;
 - ✓ Apoio Diagnóstico;
 - Laboratório de Análises Clínicas.
 - ✓ Assistência Farmacêutica;
 - Farmácia Popular;
 - Farmácia Verde – Laboratório de Fitoterapia.
 - ✓ Saúde Bucal;
 - Centro de Especialidades Odontológicas.
 - ✓ Saúde Mental;
 - Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas;
 - Centro de Atenção Psicossocial I;
 - Centro de Atenção Psicossocial II.
 - ✓ Saúde do homem;
 - ✓ Saúde da pessoa idosa;
 - ✓ Doenças crônicas;
 - ✓ Média e alta complexidade.

- ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA:
 - ✓ Promoção e prevenção;
 - ✓ Atenção primária: Unidades Básicas de saúde;
 - ✓ UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
 - ✓ SAMU 192;
 - ✓ Portas hospitalares de atenção às urgências - SOS Emergências;
 - ✓ Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
 - ✓ Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Traumas;

- ✓ Atenção domiciliar – Melhor em casa.
- ATENCAO HOSPITALAR:
 - ✓ Assistência hospitalar;
 - ✓ Gestão hospitalar;
 - ✓ Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho;
 - ✓ Financiamento;
 - ✓ Contratualização;
 - ✓ Responsabilidades das esferas de gestão.
- APOIO DIAGNÓSTICO:
 - ✓ Laboratório de Análises Clínicas:
 - Planejar, implementar, executar e garantir a qualidade dos processos analíticos nas seguintes áreas: bacteriologia, parasitologia, micologia, bioquímica, hematologia, imunologia, citologia clínica e biologia molecular;
 - Realizar as atividades de atualização técnico-científica e pesquisas;
 - Realizar as atividades de recepção, coleta e triagem de amostras biológicas e produtos para análise;
 - O preparo de meios de cultura e soluções;
 - A lavagem e esterilização de materiais e armazenamento de amostras de contraprova;
 - Realizar as atividades de elaboração e emissão de laudos;
 - Estatística e informação, e de gestão documental;
 - Realizar as atividades de comunicação, segurança e vigilância;
 - Biossegurança, qualidade e boas práticas de laboratório;
 - Conforto e higiene pessoal;
 - Limpeza e zeladoria;
 - Manutenção;
 - Transporte;
 - Infraestrutura predial e Almoxarifado do Laboratório Público.
- ASSISTENCIA FARMACÉUTICA:
 - ✓ Farmácia popular;

- ✓ Farmácia verde – Laboratório de fitoterapia.
- VIGILANCIA DA SAÚDE:
 - ✓ Saúde do trabalhador – Centro de Referência Regional em Saúde do trabalho (CERES);
 - ✓ Controle de zoonoses;
 - ✓ Vigilância Epidemiológica;
 - ✓ Vigilância Sanitária;
 - ✓ Programa Nacional de Imunizações (PNI).
- RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:
 - ✓ Unidade Básica de Saúde:
 - Barra Alegre;
 - Bethânia I;
 - Bethânia II;
 - Bom Jardim I;
 - Bom Jardim II;
 - Bom Retiro;
 - Canaã;
 - Caravelas;
 - Cidade Nobre;
 - Esperança I;
 - Esperança II;
 - Iguaçu;
 - Jardim Panorama;
 - Limoeiro;
 - Nova Esperança;
 - Parque das Águas/Planalto II;
 - Pedra Branca;
 - Vale do Sol;
 - Veneza;
 - Vila Celeste;
 - Vila Formosa;

➤ Vila Militar.

- **RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS:**

- ✓ Programação Pactuada e Integrada (PPI). Ipatinga é cidade de referência em nossa região por estar na categoria de Gestão Plena na saúde, por isso, faz o atendimento de urgência e emergência de moradores de outras cidades.

- ✓ Municípios que integram a PPI:

- Açucena, Antônio Dias, Belo Oriente, Bom Jesus do Galho, Braúnas, Bugre, Caratinga, Coronal Fabriciano, Córrego Novo, Dionísio, Dom Cavati, Entre Folhas, Iapu, Imbé de Minas, Inhapim, Ipaba, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Piedade de Caratinga, Pingo-d' Água, Santa Bárbara do Leste, Santa Rita de Minas, Santana do Paraíso, São Domingos das Dores, São João do Oriente, São Sebastião do Anta, Timóteo, Ubaporanga, Vargem Alegre, Vermelho Novo.

- **CONSÓRCIO DE SAÚDE:**

- ✓ Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço - CONSAÚDE

- **MODELO DE ATENÇÃO:**

- ✓ O modelo idealizado para o Sistema único de saúde (SUS), preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização e descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população por meio de ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais.

- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

- Programa Saúde da família (PSF).

1. 4 A Unidade Básica de Saúde do Iguaçu

A UBS do Iguaçu, que abriga a Equipe Verde, foi inaugurada há cerca de 13 anos e está situada na Av. Cinco, 147-209 - Iguaçu, Ipatinga - MG, a localização não é ideal para a equipe verde por ficar longe e não ser central, dificultando o acesso de alguns usuários. A comunidade sob responsabilidade da equipe verde é de 6.969 habitantes, localizada na unidade de saúde do bairro Iguaçu que foi delimitada a cerca de 15 anos, quando realizado o planejamento na época considerando a população ali residente. Esta equipe possui a maior área de abrangência territorial e maior população. É construção própria da prefeitura com estrutura adequada para os índices normais, mas hoje apresenta dificuldades devido ao alto número de cadastrados, fazendo sua área ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (6.969 pessoas só a equipe verde), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Existem espaço e cadeiras, mas nem sempre para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza o salão paroquial da Igreja Católica do Iguaçu, o que é bastante agradável quando se analisa a localização da Igreja, porém, quando se leva em consideração a distância da UBS, é um problema.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém necessita de uma reforma e reorganização do trabalho com vista a ampliar, melhora os atendimentos e além de buscar alternativas para melhor distribuição da população ou maior investimento na contratação e ampliação das equipes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Verde, da Unidade Básica de Saúde do Iguaçu

A equipe verde é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

- Maísa Carvalho da Silva, agente comunitária de saúde (ACS) da microárea 1;
- Ana Rita Fernandes Barreto, ACS da microárea 3;

- Leticia Maíra Salgado Oliveira, ACS da microárea 6;
- Flavia Bárbara da Silva, ACS da microárea 4;
- Gabriele Eudocia Gonçalves Ribeiro, auxiliar de enfermagem do acolhimento;
- Samara Batista de Freitas, auxiliar de enfermagem da sala de vacina;
- Gizele Pereira Augusto, enfermeira, consultório 103 e setores;
- Sérgio Alexandre da Cunha Barcellos, médico, consultório 104;
- Ana Caroline, cirurgiã dentista, sala de odontologia;
- Suellen, auxiliar de saúde bucal, sala de odontologia.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe do Iguaçu

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 17:00 horas. Já foi feita solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 19:00 horas pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade de Saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

1.7 O dia a dia da equipe verde

O tempo da equipe verde está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde mental, pré-natal puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos, respirar, saúde na escola (visitas nas escolas com avaliação do estado nutricional e acuidade visual). Além das visitas domiciliares aos acamados (vacinação dos acamados). Diante desse alto volume de trabalho, a equipe encontra-se sobrecarregada. Como consequência, uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças, rotatividade, têm provocado um desgaste grande na equipe.

A equipe do NASF desenvolve a oficina da memória com terapeuta ocupacional; escola de postura com fisioterapeuta; oficina de brincar e espaço família com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo; grupo passos para a saúde com educador físico; amigos da balança com o nutricionista.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Em conversa com a equipe verde, foi realizado a definição dos problemas em reunião, foi levantado alguns problemas de saúde:

- ✓ Doenças respiratórias;
- ✓ Viciados em drogas;
- ✓ Diabetes;
- ✓ Câncer;
- ✓ Asma;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Colesterol alto;
- ✓ Doenças cardiovasculares;
- ✓ Problemas crônicos de coluna;
- ✓ Distúrbios Osteomoleculares relacionados ao trabalho;
- ✓ Depressão;
- ✓ Alcoolismos;
- ✓ Insuficiência renal crônica.

Sendo identificados que são problemas determinantes pela equipe.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Para a priorização do problema, foi realizado um debate com a equipe, definindo que a melhor forma de classificação seria a baseada no entendimento dos pacientes atendidos no que se refere a necessidade da mudança de hábitos de vida para um resultado do tratamento e não somente realizar um uso de medicamentos, como está acontecendo (quadro 1).

Quadro 1. Classificação da prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, UBS do Iguaçu, município de Ipatinga, estado de MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Diabetes	Alta	7	Dentro	1
Hipertensão Arterial	Alta	7	Dentro	1
Doenças cardiovasculares	Alta	7	Dentro	2
Doenças Respiratórias	Alta	5	Parcial	2
Colesterol alto	Alta	5	Dentro	3

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Existem aproximadamente 165 indivíduos com diabetes que tem associação com a hipertensão arterial sistêmica, sendo assim faz-se necessário uma abordagem de forma eficaz e proporcionando ações efetivas para uma mudança de atitude contra os maus hábitos que podem ser nocivos para uma boa qualidade de vida da população adscrita. Devido esta doença ser crônica, ela requer atenção e cuidados que por muitas vezes fica negligenciada por seus portadores, por focarem apenas na utilização de medicamentos, não buscam realizar outras orientações ou requisitos de suma importância para a manutenção de sua saúde e longevidade. Sendo ambas as doenças consideradas como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) de grande impacto na unidade de saúde, uma das estratégias é buscar compreender os hábitos e ações da população já acometida, dos que apresentem fatores de riscos correlacionados e os da população em geral, possibilitando assim uma abordagem na área de abrangência que consista em estratégias de orientação e organização do trabalho da equipe de saúde por meio do conhecimento do quadro de saúde da área atendida.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para melhor controle da hipertensão e diabetes na área de abrangência da equipe verde da unidade básica de saúde do bairro de Iguazu.

4 METODOLOGIA

A metodologia de implementação será para o atendimento de todos adscritos na UBS que são portadores de diabetes/hipertensão e com uma vertente de trabalho de conscientização de todos, tanto os que possuem um grau de risco como os que não pertencem ainda a nenhum grupo de risco.

No contato inicial, promover o envolvimento da equipe verde, buscando colaboração entre todos e o entendimento claro do trabalho, de modo que as ações propostas serão de responsabilidade mútua e realizadas em parceria com todos os funcionários, voluntários etc. Envolvendo na elaboração o pesquisador, equipe verde, gestão de saúde, e outros membros da área da saúde criando assim uma equipe multidisciplinar, respeitando as características da área adscrita da UBS.

De acordo Faria *et al.* (2017), foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações.

Na etapa de diagnóstico, iniciou-se um trabalho de inserção e familiarização ao campo e coleta de informações acerca das características locais, utilizando a estimativa rápida para delimitar e identificar o principal ponto de abordagem que será o trabalho voltado para o grupo de diabetes/hipertensos. Também foram coletadas informações sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e Equipe de Saúde da Família (ESF) do município, com participação em reuniões da gestão de saúde com os gerentes de equipe de Saúde da Família e visitas às equipes de saúde e às comunidades.

Foram mapeados e analisados: os indicadores sociais e de saúde do município (dados epidemiológicos e de vulnerabilidade social), o cotidiano dos serviços de saúde (estrutura e dinâmica de funcionamento), a percepção e as demandas populacionais em relação ao serviço de saúde, a percepção dos profissionais em relação à população, os serviços e ações existentes para prevenção e tratamento dos diabéticos e hipertensos e o nível de engajamento e participação da sociedade civil no planejamento e implantação de ações da equipe verde. Tais dados foram

analisados concomitantemente ao processo de coleta. Eles serviram como parâmetro para o contínuo desenvolvimento dos trabalhos de intervenção proposto de acordo com informações fornecidas no ano de 2017.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica como Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health dos EUA (PubMed), Google acadêmico, para o embasamento teórico e conceitual.

Para definição das palavras-chaves e *Keywords*, os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Atuando no espaço da Atenção Básica à Saúde (ABS) a Estratégia Saúde da Família (ESdF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Propondo promover a qualidade de vida da população brasileira, intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, por meio de conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, diagnosticando, tratando e realizando prevenção por meio de ações que buscam desenvolver uma atenção integral para todos. Por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras (FARIA; WERNECK e SANTOS, 2017).

A ESdF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco, alcoolismo, uso de drogas e para isto um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional ESdF. Sendo assim, procurar estabelecer o direito de todos em ter acesso à saúde, traz a comunidade para o efetivo exercício do controle social, criações para intervenção sobre os riscos aos quais a população fica expostas e implantam a consciência da continuidade e humanização, criando confiabilidade de que os serviços serão de assistência integral pelo SUS. (FARIA; WERNECK e SANTOS, 2017).

5.2 Atenção Primária à Saúde

Segundo Faria *et al.* (2006, apud BRASIL, 2017), de acordo com o Ministério da Saúde Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde,

voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Como caracteriza Faria *et al.* (2004, apud BRASIL, 2017), o exercício da ABS se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Estas devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo dirigidas a população de territórios bem delimitados com a utilização de tecnologias de elevada complexidade.

A ESdF começou a ser implantada em 1991, com a criação do Programa ACS. Em 1994 foram formadas as primeiras equipes do PSF. A porta de entrada ao SUS se dá no âmbito da ABS, das UBS e das ações do PSF. As ações da ABS devem considerar o adscrito em sua individualidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural, equidade.

Desta forma, Faria *et al.* (1996, apud BRASIL, 2017), na edição da Norma Operacional Básica do SUS nº. 01 de 1996 (NOB 96) enfatizou a ABS como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa estratégia foi apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios, em todo o território nacional.

5.3 Hipertensão

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg que eventualmente se relaciona a distúrbios metabólicos, modificações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo acentuada pela assiduidade de outras causas de risco. Pessuto e Carvalho (1998) afirmam que a HAS, se apresenta como uma doença crônica, que se agrava com o tempo devido à falta de compromisso do indivíduo acometido com o seu tratamento, por ser influenciada pelo grau de entendimento da patologia,

controle, conhecimento e aparecimento de complicações e outras doenças relacionadas.

Segundo Passos, Assis e Barreto (2006) a HAS está relacionada com um dos problemas mais sérios relacionados a arteriosclerose e trombose, que pode levar a doenças coronarianas. Se manifesta por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Por apresentar causas múltiplas a HAS torna – se a origem de doenças cardiovasculares e assim sendo a causa de maior relevância da qualidade de vida e expectativa das pessoas.

Na visão de Zaitune *et al.* (2006) o conhecimento dos vários fatores de risco cardiovascular para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade (filhos de pais hipertensos têm um risco maior de ter pressão alta), a idade (partir dos 60 anos de idade, as artérias perdem a flexibilidade), o gênero, o grupo étnica (a doença é mais prevalente na população negra e asiática), o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo (alcoolismo), o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, poluição, estresse, sono irregular e ou apneia do sono, menopausa (a queda dos hormônios femininos danifica as artérias), alto consumo de sal, sedentarismo, diabetes, doenças renais, hipertireoidismo, muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

Oigman (2014) expos que a hipertensão é uma doença silenciosa que apresenta os seguintes sintomas: dor de cabeça, falta de ar, visão borrada, zumbido no ouvido, tontura, dores no peito. Mas, provavelmente ela já estará em fase mais avançada quando estes sintomas se apresentarem. Portanto, o ideal é procurar ter uma vida ativa, uma alimentação saudável e sempre realizar exames periódicos com intuito de detectá-la.

De acordo com Lopes e Moraes (2003, p.6 apud GALLO e CASTRO, 1997), das diversificadas estratégias não medicamentos o exercício físico em uma única sessão de exercícios físicos prolongado de baixa a moderada intensidade promove um efeito hipotensor na pressão arterial.

Segundo Lopes e Moraes (2003, p.6 apud FORJAZ, 2003), tem sido amplamente demonstrado que o treinamento físico aeróbico provoca importantes alterações autônomas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular.

A ação de movimentar-se de forma regular e sistemática por meio de atividades orientadas e sistemáticas ajudam a regular o sistema nervoso simpático, ritmo da respiração, abertura da pupila, a pressão arterial, promove a diminuição da força e do número de batimentos cardíacos, e proporciona vasos sanguíneos periféricos mais dilatados. A prática de esportes ou atividades físicas melhora, ainda, o endotélio, a camada que reveste o interior das artérias. Essa película produz uma substância chamada óxido nítrico, cuja função é relaxar os tubos e facilitar a passagem de sangue. Monteiro *et al.* (2007), observou-se que o treinamento apresentou correlações significativas entre os valores iniciais individuais de nível de colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL-C) e lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) e suas respostas após exercício.

5.4 Diabetes mellitus

O termo "*diabetes mellitus*" (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013). É caracterizada por hiperglicemia resultante de deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (GROSS *et al.*, 2002). A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de diferentes órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

De acordo com Montello (1999), vários processos patogênicos estão envolvidos no desenvolvimento do diabetes. Estes variam desde a destruição autoimune das células β pancreáticas por um processo imunológico que ocorre devido a formação de anticorpos pelo organismo contra as células, com consequente deficiência de insulina, até anormalidades que resultam em resistência à ação da insulina. A base dos distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas são resultantes da deficiência na ação ou secreção da insulina, ou ambas. A ação crônica deficiente da produção da insulina resulta de secreção insuficiente de insulina e/ou respostas

teciduais diminuídas à insulina em um ou mais pontos nas complexas vias da ação hormonal.

Segundo Favarin (2001), os sintomas de hiperglicemia acentuada incluem poliúria (eliminação de grande volume de urina num dado período), polidipsia (excessiva sensação de sede), perda de peso, às vezes com polifagia (ingestão anormalmente alta de sólidos pela boca) e visão turva. O comprometimento do crescimento e a suscetibilidade a certas infecções também podem acompanhar a hiperglicemia crônica. Consequências agudas, com risco de vida, do diabetes descontrolado são a hiperglicemia com cetoacidose ou a síndrome hiperosmolar não-cetótica.

Conforme Fernandes (2014), as complicações a longo prazo do DM incluem retinopatia com potencial perda de visão; nefropatia (denotar a doença ou o dano do rim) levando a insuficiência renal; neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés, amputações e articulações de Charcot; e neuropatia autonômica causando sintomas gastrointestinais, geniturinários e cardiovasculares e disfunção sexual. Pacientes com diabetes apresentam uma incidência aumentada de doença cardiovascular aterosclerótica, arterial periférica e cerebrovascular. Hipertensão e anormalidades do metabolismo das lipoproteínas são frequentemente encontradas em pessoas com diabetes.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “diabetes/hipertensão”, 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 Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema Diabéticos/Hipertensos

Para realizar uma descrição do problema diabetes/hipertensão arterial (hipertensos, diabéticos, hipertensos e diabéticos), foi considerado o levantamento feito pelos ACS, pois os dados fornecidos pelos Sistema de Processamento de Dados da Secretarias Municipais de Saúde Sanitas, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Departamento de Atenção Básica (DAB), Secretaria da Saúde, não demonstraram consistência suficiente.

Sendo assim, os dados da equipe verde para a descrição do problema foram fornecidos pelos ACS, por meio de entrevista, juntamente com alguns dados fornecidos pela enfermeira através dos sanitas. Sendo considerado assim um número de aproximadamente 740 indivíduos (desses 575 são hipertensos e 165 são diabéticos). Foram levantados dados junto a equipe, que apontaram que esta população tem apresentado uma deterioração da saúde por não seguirem às recomendações em sua totalidade, buscando apenas a utilização de medicamentos, sem realizar outras intervenções necessárias e mudanças de hábitos para uma maior longevidade. A equipe busca meios para melhorar a cobertura, controle da hipertensão e diabetes, mas a maior dificuldade é a falta de compromisso deste grupo com sua saúde.

6.2 Explicação do problema diabetes/hipertensão

A explicação do problema da diabetes/hipertensão apresenta uma série de fatores desencadeantes que passam por motivos genéticos, psicológicos, a abusos de

substâncias (Ex. álcool, cigarro), sedentarismo, má alimentação, aumento do peso entre outras fontes de risco.

Essa população apresenta boa compreensão da situação e de seu quadro de saúde, porem busca apenas o tratamento medicamentoso, o que, com o passar do tempo, e a falta de ações além do medicamento só fazem com que cada vez mais a dosagem do medicamento seja aumentada. Adicionalmente, nota-se que os hábitos e estilos de vida da população são inadequados, pois apresentam maus hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo são constantes neste grupo de pessoas. Somado a isso, o nível de informação da equipe e da comunidade são insuficientes, há necessidade de melhora das estruturas dos serviços de saúde e do processo de trabalho da equipe.

O nível de informação da equipe (educação permanente), apresenta vários problemas como a imperícia de manuseio do sistema informatizado, falta de treinamentos de atualização, criação de critérios mínimos de contratação para atuação com a população, e a própria comunidade não tem educação para a saúde sendo vistas práticas como automedicação, pouco ou nenhuma ação preventiva, insuficiência na adesão e comprometimento do usuário com sua própria saúde e tratamentos etc. Também existe a necessidade de melhoria dos serviços de saúde, pois existe deficiência na atualização de dados, sistema informatizado com erros e funcionamento lentamente, falta de um sistema de avaliação da qualidade dos dados coletados e informados via sistema, desatualização do Sistema de Saúde SANITAS da Project Management Institute (PMI), carência de computador para acessar os prontuários dos pacientes e realizar agendamento na sala e acompanhamentos, sistema de contra referência ineficaz, inexistência de veículos para realização de visitas domiciliares em locais distantes, pouco ou nenhum material didático e panfletos para trabalhar os diversos grupos de atenção à saúde.

Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema podem ser identificados os seguintes pontos:

- Área de abrangência maior do que a preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), na equipe verde temos um a população de 5.966 habitantes, portanto, é necessária uma nova territorialização.

- O número de famílias cadastradas para cada ACS está em torno de 250 a 350 superior também, ao que é preconizado pelo MS (entre 150 e 170 famílias).
- A microárea 2,5,7 está descoberta pelo PSF e não há ACS vinculado à estas áreas.
- Número de profissionais de saúde bucal reduzido com relação ao número de equipes de PSFs.
- As metas pactuadas nos níveis Federal/Estadual/Municipal tem que ser baseadas de acordo com a quantidade populacional de cada equipe (respeitando o limite populacional de atendimento estabelecido pelo MS), e não padronizadas por Unidade de saúde como ocorre hoje por exemplo.
- Falta de informação das equipes de saúde sobre as metas pactuadas, inclusive a forma como as quais são calculadas (com base em que número populacional).
- Pouca interação entre as Secretarias de educação, saúde e Assistência Social.
- Atendimento a grupos prioritários na odontologia sem planejamento e organização.
- Ausência de informação das equipes de saúde e grupos de apoio (auxiliares administrativos e gerência) de como é organizada a saúde bucal.
- Equipes de saúde sem informação sobre tempo de espera de consultas especializadas (Policlínica Municipal e Centro de Especialidades Odontológicas) e sobre o tempo de espera de solicitações de exames.
- Desinformação da odontologia sobre atividades realizadas extramuros (escolas, praças e mutirões) e sobre demais programas do MS.
- Inexistência de entrosamento entre equipes de saúde e equipes de saúde bucal.
- Carência de incentivo salarial dos auxiliares de enfermagem no PSF que é muito baixo, ocasionando a migração desses profissionais para outros setores da rede.
- Saúde do trabalhador no município ineficaz, demora na marcação de consultas para especialistas e exames de imagem.

Os problemas expostos anteriormente, agravam a condição de saúde da população e podem ser evitados com o investimento e organização corretamente planejados.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados como nós críticos:

- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Pressão social na busca de melhor remuneração;
- Baixo nível de informação sobre a progressão do problema de saúde;
- Falta de tempo;
- Estresse do dia;
- Deterioração da família;
- Estrutura dos serviços de saúde inadequada;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.4 Desenho das operações

Para atacar o nó crítico “hábitos e estilos de vida inadequado” entende-se que é necessário aumentar o nível de informação da população, bem como torna-la mais participativa do processo de cuidado da sua saúde, além de desenvolver o entendimento de ações constantes e não por períodos para isso será elaborado o projeto +Consciência.

O quadro 2 apresenta as operações para o nó crítico 1 relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguazu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguazu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Estabelecer modificações de consciência para com a saúde.
Projeto	+Consciência
Resultados esperados	Diminuir o tabagismo, alcoolismo, obesidade
Produtos esperados	Programa de palestras, eventos, testemunhos e informativos escritos.
Recursos necessários	Organizacional para distribuição de material de divulgação, informação e local para atividade; Político – conseguir o local, mobilização social; Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto com os custos e possíveis adaptações de gastos.
Prazo	5 meses para apresentação; Sem previsão de data para início.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Gizele/Equipe verde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação de cumprimento de prazo, assiduidade dos envolvidos e questionários de pesquisa para verificar o entendimento, o grau de absorção dos atendidos.

Para atacar o nó crítico “ Pressão social na busca de melhor remuneração” entende-se que é necessário aumentar o nível de organização e estabelecimento de prioridades da população, bem como torna-la mais inteirada dos serviços oferecidos pela Federação/Estado/Municípios quando às possibilidades de busca de melhor formação e outros que possam lhe trazer uma melhor aproveitamento de seu potencial, além de desenvolver o entendimento de ações constantes e não por períodos para isso será elaborado o projeto administrar melhor.

O quadro 3 apresenta as operações para o nó crítico 2 relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguçu, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Pressão social na busca de melhor remuneração.
Operação	Aumentar a capacidade de administração doméstica.
Projeto	Administrar melhor
Resultados esperados	Implantar a ideia de prioridades, organização do orçamento familiar.
Produtos esperados	Programa de palestras, assistência orientada (modelo de controle etc.).
Recursos necessários	Organizacional – para distribuição de material de divulgação, informação e local para atividade; Cognitivo – informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de administração familiar; Político – mobilização social na busca de resultados; Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Recursos críticos	Cognitivo – informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de administração familiar; Político – mobilização social na busca de resultados;
Controle dos recursos críticos	Secretaria de educação; Ministério da Ação Social; Secretaria de Saúde. Favorável
Ações estratégicas	
Prazo	Início data de início; 6 meses de execução.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe verde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação de cumprimento de prazo, assiduidade dos envolvidos e questionários de pesquisa para verificar o entendimento, o grau de absorção dos atendidos.

Para atacar o nó crítico “Baixo nível de informação sobre a progressão do problema da doença” é necessário o entendimento da população sobre o tratamento continuado e os prejuízos ao buscar ajuda somente em momentos agudos, será elaborado o projeto aprender a aprender.

O quadro 4 apresenta as operações para o nó crítico 3 relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguçu, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguçu (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação sobre a progressão do problema da doença.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e o que irá acontecer se houver os descasos com a saúde, mostrando as dificuldades a serem enfrentadas devido à falta de compromisso com o tratamento.
Projeto	Aprender a aprender
Resultados esperados	População mais consciente sobre a importância do tratamento continuado.
Produtos esperados	Avaliação da assimilação da informação apresentada em forma de panfletos e palestras; Iniciação de oferta de informação nas escolas sobre a importância da prevenção.
Recursos necessários	Cognitivo – conhecimento sobre estratégias de comunicação, divulgação e avaliação; Organizacional – organização de espaços, agenda e horários; Políticos – Ajuda do setor da educação. Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Recursos críticos	Cognitivo – conhecimento sobre estratégias de comunicação, divulgação e avaliação; Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde; Secretaria de Educação; Prefeitura Municipal; Ministério da Ação social. Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto com os custos e possíveis adaptações de gastos.
Prazo	5 meses para apresentar o projeto; 4 meses de execução; Para Início sem data prevista.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe verde
Processo de monitoramento e avaliação das	Identificação de parceiros e sensibilização; Rede formalizada; Avaliação e reestruturação.

ações	
-------	--

Para atacar o nó crítico “Falta de tempo”, entende-se que é necessário aumentar o nível de organização e estabelecimento de prioridades da população, para gerar uma melhor gestão do tempo durante o dia, sendo elaborado o projeto +prioridade.

O quadro 5 apresenta as operações para o nó crítico 4 relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe Verde pertencente a Equipe de Saúde da Família do Iguaçú, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Diabéticos/Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Iguaçú (Equipe Verde), do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Falta de tempo
Operação	Criar hábitos de organização micro/meso e macro do tempo.
Projeto	+Prioridade
Resultados esperados	Avaliação adequada do que deve ser realizado com maior atenção e maior prioridade.
Produtos esperados	Abrir espaço para uma atividade desejada, mas não executada.
Recursos necessários	Cognitivo - conhecimento sobre estratégias de administração do tempo; Organizacional – organização de espaços, agenda e horários; Políticos – Ajuda do setor da educação. Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Recursos críticos	Cognitivo - conhecimento sobre estratégias de administração do tempo; Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes de informação.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde; Secretaria de Educação; Favorável.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto com os custos e possíveis adaptações de gastos.
Prazo	5 meses para apresentar; 3 meses de execução; Sem previsão de data.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe verde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar conteúdo e forma; Programação de melhores locais e horários; Estruturação de recursos audiovisuais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da perspectiva dos projetos sugeridos, percebemos que de posse dos dados levantados é possível compreender que sem um correto planejamento, avaliação e programação em saúde, fica insustentável querer atingir algum objetivo de melhora, se não se sabe quais ações devem ser realizadas e quais são prioridades. Correndo assim o risco de entrar em um círculo vicioso de ações paliativas e não conseguindo criar ações que realmente promoveram melhoras consideráveis na saúde da população. Assim, é de suma importância criar formas de manutenção dos projetos por períodos de forma que estes tenham constância e possam ser mantidos de forma continuada, mesmo que se mude a gestão.

Viabilizando o maior engajamento possível de todos, articulando aproveitar ao máximo os recursos disponíveis (material, humano, estrutural), para se realizar o melhor trabalho com que se tem, e para isto é de suma importância o planejamento de forma eficaz e eficiente para se evitar perda de recursos e de tempo em todos os seus aspectos. Assim sendo, todos os projetos visam não somente uma direção teórica conceitual, mas sim uma troca de experiências, depoimentos, interações de forma a reconhecer o conhecimento e saberes da população e assim desenvolver um trabalho de aprendizagem mútua com a atuação direta da população, pois só assim ocorrerá uma assimilação e posterior mudanças de hábitos, por cada indivíduo se torna um propagador de ações.

REFERÊNCIAS

BORGES, K. E. de L. e; SAPORETTI, G. M. **Atenção primária à saúde: o profissional de educação física**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2015. 129p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca> >. Acessado em: 13 de dezembro 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@. Ipatinga**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ipatinga/panorama>>. Acesso em: 11 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/homepage.htm>>. Acessado em: 10 de janeiro de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acessado em :15 de setembro de 2018.

CHAPADEIRO, C.A.; ANDRADE, H.Y.S.O.; ARAÚJO, M.R.N. **A família como foco da atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. 86p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Rede de atenção: saúde da mulher**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 144p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Curso_de_Especializacao_Estrategia_Saude_da_Familia___CEESF_/Saude_da_Mulher >. Acessado em: 13 de setembro de 2018.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. 79p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 11 de maio de 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

Descritores em Ciências da Saúde; DeCS. 2017 . ed. rev. E ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 20 de agosto de 2017.

FARIA, H.P. de; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Nescon/UFMG – 3 ed. Belo Horizonte, 2017. 93p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

FARIA, H.P de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010. 67p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca> >. Acessado em: 13 de outubro de 2017.

FAVARIN, E.; Prevalência do pé em risco de ulceração em paciente diabéticos internados no hospital universitário. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis/SC, p. 45, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/113972/253625.pdf?sequence=1>>. Acessado em: 23 de setembro de 2018.

FERNANDES, P.I.F. Promoção da Literacia e Capacitação em Pessoas com Diabetes tipo 2, no ACES do Alto Minho. **Instituto Politécnico de Viana do Castelo**, Viana do Castelo, p. 102, dez. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1433/1/Patricia_Fernandes.pdf >. Acessado em: 18 de agosto de 2018.

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CAMARGO J.L.; REICHET A.J.; AZEVEDO, M.J. de. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico**. Arq. Bras. Endocrinol Metab [online]. 2002, vol. 46, nº. 1, p. 16-26.

LOPES, H.F.; BARRETO-FILHO J.A.S.; RICCIO G.M.G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, nº. 1, p. 148-55, 2003. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acessado em: 27 de janeiro de 2019.

MONTEIRO, H.L.; ROLIM, L.M.C.; SQUINCA D.A.; SILVA, F.C.; TIIANELI, C.C.C.; AMARAL, S.L. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.13, nº. 2, p. 107-122 - mar/abr de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n2/08.pdf>. Acessado em: 28 de janeiro de 2019.

MONTELLO, M.V. **Sistema Especialista para predição de complicações cardiovasculares integrado a um sistema de controle de paciente portadores de diabetes mellitus**.1999.166f. Dissertação (Mestre em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC,1999.

OIGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **Jornal brasileiro de Medicina**, v. 102, nº. 5, p. 13 – set/out de 2014. Disponível em: <file:///G:/Jacy/Especialização%20Em%20Estratégia%20Saúde%20Da%20Família%2>

0-
%20UFMG/Disciplinas/Cursadas/TCC/Artigos%20TCC/Sinais%20e%20sintomas/a4503.pdf. Acessado em: 25 de novembro de 2018.

Passos, V.M. de A.; ASSIS, T.D.; BARRETO S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, nº. 1, p. 45 - jan/mar de 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, nº. 1, p. 33-39, janeiro 1998.

ZAITUNE, M.P. do A.; BARROS, M.B. DE A.; CÉSAR, C.L.G.; LUANA C.; GOLDBAUM, M. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol. 22, nº. 2, p. 285-294. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 15 de abril de 2018.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. **Educação Física: atenção à saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte, 2013. 82p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acessado em: 18 de agosto de 2018.