

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

RAÍSSA VILELA MUNIZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALBERTINA
DIAS DE SOUSA, CABO VERDE, MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2019

Raíssa Vilela Muniz

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALBERTINA DIAS DE SOUSA, CABO VERDE, 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.

Orientadora: Professora Verônica Amorim Rezende

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2019

M966p Muniz, Raíssa Vilela.
Projeto de intervenção para abordagem da hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família Albertina Dias de Sousa, Cabo Verde, Minas Gerais [manuscrito]. / Raíssa Vilela Muniz. -- Cabo Verde: 2019.

65 f.: il.

Orientador (a): Verônica Amorim Rezende.

Coorientador (a): Eliana Aparecida Villa.

Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Doença Crônica. 4. Fatores de Risco. 5. Equipe de Assistência ao Paciente. 6. Atenção Primária à Saúde. 7. Estratégia Saúde da Família. 8. Dissertação Acadêmica. I. Rezende, Verônica Amorim. II. Villa, Eliana Aparecida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NI M: WA 308

Raíssa Vilela Muniz

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALBERTINA DIAS DE SOUSA, CABO VERDE, 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.

Orientadora: Professora Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Professora Verônica Amorim Rezende - UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de Janeiro de 2020



Núcleo de Educação Em Saúde Coletiva - NESCON
Universidade Federal de Minas Gerais

Declaração

DECLARAMOS, para fins de prova, que **RAISSA VILELA MUNIZ** (número de matrícula 2019690866) apresentou pôster relativo ao Trabalho de Conclusão de Curso de ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, com o título: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALBERTINA DIAS DE SOUSA, CABO VERDE, MINAS GERAIS.

Campos Gerais, 17 de Janeiro de 2020

Raissa Vilela Muniz

RAISSA VILELA MUNIZ

Amanda Vaz Tostes Campos Miareli

AMANDA VAZ TOSTES CAMPOS MIARELI

RESUMO

As doenças cardiovasculares são uma causa importante de morbimortalidade e consideradas como problema para a saúde pública. Diversos fatores associam-se ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo os de maior relevância a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Este trabalho teve como objetivo implantar projeto de intervenção com ações direcionadas para abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na Estratégia Saúde da Família Albertina Dias de Sousa Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais. Foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em foco tendo como referência o período de 2010 a 2019. O tema foi levantado em bases de dados *Scientific Electronic Library online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde, do Ministério da Saúde. Após analisar a capacidade de enfrentamento da equipe em relação aos problemas encontrados, tornou-se possível, de maneira mais sistematizada e menos improvisada, criar e implantar o grupo operativo para hipertensos e diabéticos, alcançando melhorias nos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes, redução dos riscos e complicações cardiovasculares, melhor entendimento de suas próprias doenças e incentivo às mudanças no estilo de vida. Além disso, pôde-se verificar os benefícios em investir nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, aumentar a humanização do trabalho, envolver o indivíduo e a família no processo de autocuidado.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Doenças Crônicas. Grupos Operativos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are an important cause of morbidity and mortality and are considered a public health problem. Several factors are associated with the development of cardiovascular diseases, the most relevant being Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. This study aimed to implement an intervention project with actions aimed at addressing Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, in the Family Health Strategy Albertina Dias de Sousa Cabo Verde, São Bartolomeu District, Minas Gerais. A bibliographic research on the subject in focus was made with reference to the period from 2010 to 2019. The subject was raised in databases Scientific Electronic Library online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Virtual Health Library, After analyzing the team's ability to cope with the problems encountered, it became possible in a more systematic and less improvised way to create and deploy the operating group for hypertensive and diabetic patients, achieving improvements in blood pressure and blood glucose levels.patients, reduced risk and cardiovascular complications, better understanding of their own diseases and encouragement of lifestyle changes. In addition, it was possible to verify the benefits of investing in health promotion and disease prevention actions, increasing the humanization of work, involving the individual and family in the self-care process.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Chronic diseases. Operative Groups. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Identificador Nacional de Equipes
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde ESF Albertina Dias de Sousa, localizada no município de Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	19
Quadro 2 - Agenda da médica e enfermeira da ESF Albertina Dias de Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	22
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF Albertina Dias de Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	26
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	44
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	47
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	51
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Aspectos gerais do município	12
1.2	Aspectos da comunidade	14
1.3	O sistema municipal de saúde	15
1.4	A Unidade Básica de Saúde Albertina Dias de Sousa	17
1.5	A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Albertina Dias de Sousa	18
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe	19
1.7	O trabalho da Equipe Saúde da família.....	21
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	24
1.8.1	Definição dos problemas	24
1.9	Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção	25
2	JUSTIFICATIVA	28
3	OBJETIVOS	29
3.1	Objetivo geral	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	METODOLOGIA.....	30
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	31
5.1	Estratégia Saúde da Família	31
5.2	Atenção Primária à Saúde	32
5.3	Hipertensão arterial sistêmica	33
5.4	Diabetes mellitus	38
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	42
6.1	Descrição do problema selecionado	42
6.2	Explicação do problema	42
6.3	Seleção dos nós críticos	43
6.4	Desenho das operações	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
8	REFERÊNCIAS	59
9	APÊNDICES.....	63

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Cabo Verde está situado na região Sudeste do Brasil, ao sul de Minas Gerais, cerca de 435 km da capital do Estado, Belo Horizonte. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada é de 14.075 habitantes para o ano de 2019, e é predominantemente rural. Possui como área territorial 368, 206 Km² e densidade demográfica 37,54 hab./Km² (IBGE, 2019).

No setor econômico destaca-se a agricultura e o setor de prestação de serviços (administração, saúde e educação pública). Com significativa participação da cafeicultura, lavoura permanente, prioriza-se a produção do café arábica, principal produto gerador de renda do município. Na lavoura temporária são produzidos principalmente cana-de-açúcar, milho, feijão, batata e soja. Além disso, possui também atuação em outras produções agropecuárias, como confinamento de bovinos e suínos. Também conta com setor industrial atuando na produção têxtil e em laticínios (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE, 2019).

O município vive em constante êxodo dos habitantes. Por se tratar de uma cidade pequena, enfrenta uma onda migratória no qual a maioria dos jovens deixa o município para residir em grandes centros em busca de estudo e trabalho, e também na expectativa financeira, visto que a cidade oferece poucas alternativas de atividades. Porém, ao mesmo tempo, o município tem alta taxa de imigração nos períodos de maio a agosto, devido à colheita do café. Nesse período a população aumenta consideravelmente, cerca de 3500 habitantes, devido a trabalhadores temporários vindos do Paraná e norte de Minas Gerais, famílias que vêm em busca de trabalho (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE, 2019).

A religião predominante é a Católica. A cidade conta com uma forte tradição de festas religiosas, as famosas “festas de barraquinha” com objetivo de arrecadar fundos para os trabalhos da igreja. Também como outras opções de lazer, o município conta com Campeonatos de Futebol e Futsal, em parceria com a prefeitura Municipal, Associação Esportiva de Cabo Verde (Clube AECV) que conta com quadras externas e quadra de areia, piscina e sauna, parque infantil e área para churrasco, sendo também um local de eventos do município, responsável por atrair moradores e turistas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE, 2019).

Conta também com o Complexo turístico Usina Pedregal, composto por belíssimas cachoeiras em queda livre formando piscinas naturais, Estádio Municipal Dr. Antônio Souza Melo (Campo “Brinco de Ouro” do Bairro Praia Formosa) e quadras em outros Bairros como o Chapadão, São Bartolomeu e Serra dos Lemes. Há outro Ginásio de Esportes no Bairro São Judas, que possui em sua proximidade uma Pista de Skate, área que também faz parte do lazer da cidade. Os pescueiros, nas zonas rurais, são também muito explorados como lazer no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE, 2019).

Pode-se destacar, na área cultural, a presença de grupos folclóricos como caiapós, capoeira, folia de Reis, festas juninas e de artesanato, Encontro de Cavaleiros, Grupo de Idosos (“Viva a Vida”), Fanfarra do Colégio Estadual, entre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE, 2019).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Cabo Verde, referente ao ano de 2016, é de R\$15.994,61. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,674. O IDHM possui uma faixa entre 0 e 1, sendo considerado pior quanto mais próximo de 0 e melhor mais próximo de 1. Há os seguintes componentes em sua composição: longevidade, educação e renda (IBGE, 2019).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,9 salários mínimos.

Há 1274 pessoas como pessoal ocupado e 8,9% como população ocupada. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo é de 32,7% (IBGE, 2019).

Em 2017, os alunos dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública da cidade tiveram nota média de 6,7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais do ensino fundamental, essa nota foi de 4,8. A taxa de escolarização para pessoas de 6 a 14 anos foi de 94,6% (IBGE, 2019).

Possui 68% com esgotamento sanitário adequado e 27,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização. A mortalidade infantil, em 2017, foi de 12,20 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

São Bartolomeu representa um Distrito do município de Cabo Verde, desde a Lei Municipal nº 1934 de 12 de março de 2001. Localiza-se há aproximadamente 8 km do município e conta com aproximadamente 1000 habitantes. Tem como denominação uma homenagem a São Bartolomeu, devido à devoção dos primeiros residentes do local.

Hoje, a população vive basicamente do trabalho rural, mais especificamente do plantio de café, em pequenas propriedades rurais remanescentes, da prestação de serviços e da economia informal. A taxa de desemprego e subemprego é alta, há trabalhadores informais que exercem trabalho temporário, com baixa renda e baixa escolaridade.

O distrito conta com saneamento básico e coleta de lixo semanal, abastecimento de água de boa qualidade.

O analfabetismo é elevado, principalmente entre os maiores de 45 anos. A taxa de evasão escolar é alta, visto a elevada taxa de pobreza e a necessidade

de adolescentes ajudarem a trabalhar e sustentar a família. A comunidade conta com a Creche Municipal, que atende crianças desde o berçário até quatro anos de idade, e Escola Municipal, que abrange todo o ensino Fundamental. Sendo que o ensino médio é oferecido apenas em escola na cidade Cabo Verde. Conta também com Velório Municipal, próprio do distrito.

Existem vários trabalhos na comunidade por parte da Academia de Saúde, em parceria com a Estratégia Saúde da família (ESF), como futebol para adolescentes, danças e atividades para a terceira idade e grupos de atividade física. Além disso, as igrejas da comunidade local têm muitas iniciativas de trabalho e lazer para a população, principalmente para os adolescentes.

1.3 O sistema municipal de saúde

O Município de Cabo Verde conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que três funcionam como ESF (duas na zona urbana e uma na zona rural, no bairro e Distrito São Bartolomeu) e três como postos de saúde (um na zona urbana e os outros dois na zona rural nos bairros Coelhos e Serra dos Lemes).

A unidade rural do bairro e Distrito de São Bartolomeu que abrange a ESF funciona diariamente. Conta com atendimentos médico, de enfermagem e odontológico. É responsável por uma área rural extensa, mas apesar desse fato, a criação da ESF facilitou maior número de atendimentos e acesso à saúde. As outras unidades rurais que não concentram atividades de ESF são assistidas, semanalmente, por atendimento médico, contratado pela Prefeitura Municipal.

Há duas equipes de Saúde Bucal, lotadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana ou rural. Além disso, o município conta também com o Centro Municipal de Saúde, responsável por atendimentos tanto na atenção primária (Clínico Geral), como atendimento especializados das seguintes áreas: Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Ortopedia. E, apoio das áreas de Psicologia e Assistência Social.

O município tem o aparato do Hospital São Francisco, responsável pelos atendimentos em plantões médicos de 24 horas nos setores de Urgência e Emergência, atendimentos de baixa e média complexidades. O hospital possui suporte da região de saúde para os casos de alta complexidade, na realização de consultas e exames, procedimentos e/ou transferências para setores especializados em diversos municípios, tais como: Alfenas; Areado; Belo Horizonte; Guaxupé; Machado; Poços de Caldas e Varginha, no estado de Minas Gerais. No estado de São Paulo, que dista a 270 km do município de Cabo Verde, conta com o aparato de Barretos, Ribeirão Preto, São Paulo e Campinas. Em geral, especialidades cardiológicas são encaminhadas para Poços de Caldas, ortopédicas e trauma para Guaxupé, urologia, nefrologia e dermatologia para Alfenas, oncologia para Passos, Barretos e Ribeirão Preto. Além disso, o município conta com uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) composta por uma equipe de técnicos de enfermagem e condutores de uma ambulância Unidade de Suporte Básico (USB), facilitando os atendimentos primários e acesso ao hospital.

O município realiza o fornecimento de mais de 120 tipos de medicamentos à população cadastrada por meio da Farmácia Popular básica, que está localizada e estruturada no Centro da Cidade.

Oferece também através do SUS coletas de exames laboratoriais por meio do Laboratório Central de Saúde, sendo responsável pela maioria dos exames. Possui convênio com município de Alfenas para realização de alguns exames de alto custo, realizados pelo método de coleta “Mutirão”, em que várias pessoas são agendadas e submetidas à coleta pela equipe de Alfenas que vêm até Cabo Verde, não sendo necessário o deslocamento dos pacientes.

O município não conta com equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não dispõe do serviço de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para o acompanhamento de pacientes com sofrimento mental existe o serviço de Psicologia e Psiquiatria. Outros casos são encaminhados para o CAPS

mais próximo em Poços de Caldas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Albertina Dias de Sousa

A UBS Albertina Dias de Sousa foi inaugurada em 01 de novembro de 2014, e está situada na rua principal do distrito São Bartolomeu que faz a ligação com o restante do bairro. São Bartolomeu dista 8 km da região central da cidade de Cabo Verde. A unidade possui a lotação de uma ESF.

Anteriormente, a unidade atuava em uma casa pequena alugada, e adaptada para o serviço, e pouco aconchegante para os pacientes. Atualmente, após a implantação da ESF, conta com uma construção própria, destinada exclusivamente para esse serviço pela Prefeitura Municipal. A estrutura física da unidade não oferece condições ideais de trabalho. É adequada para atender a demanda da população, entretanto, em extensão, é considerada um ambiente pequeno. Quando há necessidade de reunir maior número de pessoas, a equipe solicita ajuda e ocupa a Academia de Saúde, a Quadra Poli Esportiva ou Salão de eventos do distrito, que são estruturas bem próximas à unidade, facilitando o acesso e participação de todos.

A área destinada à recepção é bem estruturada, porém é um ambiente pouco reservado, sendo esse motivo de insatisfação de profissionais de saúde que não tem privacidade para resolver assuntos profissionais, seja pelo telefone ou visualizando algum prontuário, com toda a população em frente esperando para ser atendida.

Conta com um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório da enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de procedimentos (curativos, pesagem, aferição de pressão arterial, glicemia capilar), recepção, expurgo, cozinha, banheiros para pacientes e profissionais, área de lazer. Não existe sala de vacina e sala de reuniões na unidade, sendo assim, a equipe utiliza a sala da enfermeira para discussões de caso e programa de educação continuada. As vacinas são realizadas no Centro de Saúde local a toda

população do município, e somente em períodos de campanha, as vacinas são deslocadas para a unidade rural para facilitar a adesão da população.

Possuem instrumentos como glicosímetro, esfigmomanômetro, nebulizador, instrumental para retirada de pontos e curativos, mesa ginecológica. Porém não existem insumos para pequenas cirurgias ou lavagem de ouvido, e não há disponibilidade de eletrocardiograma na unidade, somente no hospital local.

Há a lotação dos seguintes profissionais na unidade: um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e um auxiliar de serviços gerais. Além disso, realizam assistência na unidade: médica especialista na área de Ginecologia e obstetrícia, Assistência Social, Nutricionista e Educador Físico. Não estão disponíveis outros profissionais como auxiliar ou técnico em saúde bucal, psicólogo, nutricionista, psiquiatra e recepcionista.

Atualmente, existem dois grupos operativos em atividade: o grupo de tabagismo, que ocorre em conjunto com todas as unidades de saúde do município, sendo que as reuniões acontecem de forma alternada nas unidades, ficando cada grupo responsável pelo acolhimento do seu dia. E também, o grupo de atividade física, em parceria com Educador Físico, que realiza atividades duas vezes por semana para toda a população, estimulando a prática de atividade física e interação social.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Albertina Dias de Sousa

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Agente de Combate às Endemias e os profissionais de saúde bucal, podem também fazer parte da equipe (BRASIL, 2017).

Com base nisso, a ESF Albertina Dias de Sousa é composta por cinco ACS, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista e uma médica clínica.

A equipe possui a seguinte característica, descrita no quadro apresentado a seguir:

Quadro 1 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde ESF Albertina Dias de Sousa, localizada no município de Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 01	<ul style="list-style-type: none"> ACS que atua na micro-área 01 há 18 meses. Estudou até o ensino fundamental completo. A Micro-área conta com 382 pessoas cadastradas e 139 famílias.
ACS micro-área 02	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 18 meses. Estudou até o ensino médio completo. Trabalha com a micro-área 02 que tem 461 indivíduos e 160 famílias cadastradas.
ACS micro-área 03	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 18 meses. Estudou até o ensino médio completo e Curso na modalidade pós médio em Magistério. Atua na micro-área 03 que tem 321 pessoas cadastradas e 112 famílias.
ACS micro-área 04	<ul style="list-style-type: none"> ACS da micro-área 04 há 18 meses. Estudou até o ensino médio completo. Possui 54 famílias cadastradas e 150 pessoas.
ACS micro-área 05	<ul style="list-style-type: none"> ACS há 16 meses. Atende a micro-área 05 na qual contam com 72 famílias e 219 indivíduos. Estudou ensino superior completo em Psicologia.
Médica	Profissional da equipe há 11 meses
Enfermeira	Profissional da equipe há cinco anos
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há sete anos (atuava no cargo antes da implementação da ESF)
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há 3 anos
Cirurgiã Dentista	Profissional da equipe há 1 ano e 9 meses

Como descrito, a equipe possui 1533 usuários e 537 famílias cadastradas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A Unidade de Saúde funciona no período de 07h00min as 12h00min horas e de 13: 00às16h00min horas todos os dias, de segunda-feira a sexta-feira. No

período do almoço a equipe se reveza para manter a unidade em funcionamento. Não há demanda aparente para atendimentos noturnos.

A unidade não conta com recepcionista e, para isso, o apoio de agentes comunitários de saúde e técnicas de enfermagem é crucial, para que revezem entre si e prestem assistência na recepção na marcação de consultas, encaminhamentos, entre outras funções. A falta de uma recepcionista interfere diretamente no processo de trabalho, pois os outros funcionários devem dividir o seu papel para realizar essa função, e por vezes, atrasam na realização de suas próprias tarefas.

O atendimento médico clínico geral é realizado de segunda feira à quinta feira, por meio de atendimentos agendados e demanda espontânea, acompanhamento pré-natal, puericultura e saúde mental. Além disso, são realizados projetos e programas de promoção à saúde e prevenção de agravos, levando informações nas creches, escolas e em toda comunidade.

A enfermeira realiza o acompanhamento de puericultura e coleta de Exame Citopatológico do colo uterino (Papanicolau), além de ser responsável pela gestão pública e coordenação da equipe.

Consultas odontológicas são realizadas de segunda-feira à sexta-feira, e a equipe de saúde bucal também é responsável por realizar avaliação epidemiológica e programas de promoção à saúde na comunidade.

Consultas especializadas com Ginecologia e obstetrícia são realizadas duas vezes ao mês, sendo atendidos cerca de 30 pacientes ao dia.

Assistente social presta atendimentos uma vez por semana, sendo realizada toda sexta-feira, no qual faz visitas domiciliares a casos indicados pela equipe, e que necessitam de alguma intervenção específica.

Cinco ACS realizam visitas domiciliares diárias, acompanhamento e busca

ativa, quando necessário, ou solicitada pela médica ou enfermeira.

1.7 O trabalho da Equipe Saúde da família

A equipe atua tanto na demanda espontânea quanto programada, no acompanhamento de casos crônicos, por meio de alguns programas como: saúde bucal, puericultura, atendimento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Em geral, são agendadas consultas diárias para o acompanhamento dos casos crônicos, e todos os dias são abertas vagas para o atendimento de casos agudos. Isso ocorre tanto no atendimento médico quanto odontológico, assim como atendimento especializado da Ginecologia. Também contamos com o controle de câncer de mama e ginecológico, que pode ser realizado nas consultas com a médica clínica geral, com a médica ginecologista e com a enfermeira da unidade de saúde.

Existe um protocolo informal de atendimento e acompanhamento dos casos crônicos, em relação ao período de renovações das receitas de acordo com cada patologia. Dessa forma, o paciente necessita retornar ao médico no período orientado para, além de realizar a renovação, avaliar quanto à terapêutica e necessidade de exames de rotina, enfatizando assim o princípio da integralidade e coordenação do cuidado.

A demanda é alta, o que muitas vezes acarreta filas no atendimento e impaciência por parte da população. Porém, recentemente foi criado um novo fluxograma de atendimento que ocorre de uma forma mais dinâmica. O agendamento de consultas é feito de um dia para o outro, sendo que, nesse sentido, os pacientes procuram a unidade quando necessitam consultar, e conseguem o agendamento de imediato.

Essa nova estratégia trouxe melhorias e maior satisfação por parte dos usuários, com diminuição nas filas de espera para o atendimento, maior cobertura dos casos agudos, maior acesso da população à unidade e mais tempo para discussões sobre o processo de trabalho.

Assim, estabelecemos a importância de manter e cumprir uma agenda

organizada, após diversas discussões em equipe, segue a organização do fluxo de atendimento:

Quadro 2 - Agenda da médica e enfermeira da ESF Albertina Dias de Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

DIA	MANHÃ	TARDE
SEGUNDA FEIRA	<p>Acolhimento com classificação de risco para o atendimento demanda espontânea</p> <p>10 a 15 consultas de demanda espontânea</p> <p>Acompanhamento de puericultura pelo médico e enfermeiro, demanda programada</p>	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para o atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p>
TERÇA FEIRA	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p> <p>Reunião de equipe: educação continuada (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Obesidade, Transtornos Mentais)</p>	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p>

QUARTA FEIRA	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p> <p>Coleta de citologia oncológica pelo médico e enfermeiro seguindo demanda programada</p>	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p> <p>Acompanhamento de puericultura pelo médico e enfermeiro, demanda programada</p>
QUINTAFEIRA	<p>Visitas domiciliares programadas (cerca de 8 a 10)</p> <p>Atendimento médico especializado pela Ginecologia</p>	<p>Atendimento em consultas de demanda programada</p> <p>10 consultas programadas</p> <p>Atendimento pré-natal realizado pela médica clínica</p> <p>Acolhimento com classificação de risco para atendimento demanda espontânea</p> <p>2 a 4 consultas demanda espontânea</p>
SEXTAFEIRA	<p>Day - off do médico</p> <p>Atendimento de casos pela Assistente social</p>	<p>Day - off do médico</p> <p>Atendimento de casos pela Assistente social</p>

Como citado, existem dois grupos em atividade na unidade: tabagismo e

atividade física. Outros grupos não estão sendo realizados no momento, apesar do empenho da equipe em desenvolvê-los, ainda encontramos resistência da população, e necessitamos de novas estratégias de abordagem.

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

Para se atuar em determinado território, é fundamental conhecer quais os verdadeiros problemas existentes. É preciso conhecer toda a área de abrangência, referente ao território propriamente dito, aos problemas relacionados aos setores social, econômico, pessoal como crenças e saberes locais, situação de saúde e perfil de doenças da população, para assim estabelecer um plano de ação com as medidas mais eficientes e eficazes, de acordo com os problemas identificados.

E para conhecer o território e identificar os problemas da comunidade, utilizamos o Método de Estimativa Rápida. Um modo de se obter informações examinando os registros existentes, encontrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) nos relatórios individuais realizados pelas ACS coletados pelo sistema e-SUS, e coletando informações pela observação ativa da área. A partir dessas ações, implantando o Planejamento Estratégico Situacional, será possível definir o perfil da população da área de abrangência da ESF Albertina Dias de Sousa, refletir diretamente as condições e qualidade de vida a ela associada, e assim, envolver a população no processo de solução dos problemas encontrados.

Vale ressaltar que é possível, de certa forma, haver alguns vieses nos dados coletados. Os dados escritos podem não corresponder com a total realidade do território, uma vez que os cadastros estão sendo atualizados de acordo com o Identificador Nacional de Equipes (INE), ainda não finalizado.

1.8.1 Definição dos problemas

A equipe enfrenta diversos problemas em relação à saúde dos usuários, e

após realizar o diagnóstico situacional, foi possível identificar os seguintes:

- ❖ Sobre a ESF e sua atuação:
 - Inexistência de grupos operativos com ações em promoção e prevenção
 - Falta de uma secretária/recepcionista. Os ACS revezam essa função.
- ❖ Sobre o ambiente físico e perfil socioeconômico:
 - Falta de transporte e distância física grande entre a comunidade e a unidade ESF
 - Número expressivo de desemprego e alta taxa de subemprego
 - Baixa renda salarial, condição de extrema pobreza
 - Baixa escolaridade
- ❖ Sobre o perfil de saúde da comunidade:
 - Número expressivo de portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) com níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados
 - Alto índice de casos de Saúde mental, como portadores de depressão e ansiedade
 - Gestações não planejadas na adolescência: abandono dos estudos
 - Não adesão dos pacientes aos tratamentos propostos
 - Alto índice de alcoolismo e tabagismo
 - Alto risco de complicações cardiovasculares

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

Dependente de recursos financeiros, humanos e materiais, e necessitando de organização e planejamento prévio, a unidade não consegue enfrentar todos os problemas de uma só vez. Assim, os problemas listados foram classificados por prioridade de acordo com os critérios: Relevância/Importância, Enfrentamento e Urgência.

Após o diagnóstico situacional, a seleção e priorização dos problemas foram realizadas a partir de discussão com a equipe e da análise de pontos obtidos,

conforme descrito no quadro.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF Albertina Dias de Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência HAS/DM descompensadas associada ao alto risco cardiovascular	Alta	9	Parcial	1
Baixa adesão ao tratamento	Alta	8	Parcial	2
Elevado número de pacientes com alto risco cardiovascular	Alta	7	Parcial	3
Inexistência de grupos operativos	Média	8	Parcial	4
Falta de uma secretária/recepcionista	Alta	6	Fora	5
Elevada prevalência de Depressão/Ansiedade	Média	6	Parcial	6
Alcoolismo/tabagismo	Média	5	Parcial	7
Falta de transporte e distância física grande entre ESF e moradores	Alta	4	Fora	8
Desemprego	Média	4	Fora	9
Gestação na adolescência	Média	3	Parcial	10
Baixa escolaridade	Alta	2	Fora	11
Baixa renda salarial	Média	2	Fora	12

Podemos perceber que na ESF Albertina Dias de Sousa alguns problemas se relacionam entre si. O problema de elevada prevalência de Hipertensos e Diabéticos sem controle, associa-se com as consequências, tais como: aumento das complicações cardiovasculares, entre elas, Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral, principalmente nos pacientes com baixa adesão ao tratamento. Além do fato de que o espaço onde esses temas poderiam ser abordados, os grupos operativos, estão inexistentes e ineficazes na unidade.

Deve-se salientar que o risco cardiovascular também está ligado a condições como diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia e idade avançada. A partir da observação no cotidiano, é possível notar que vários hipertensos da área também possuem esses outros fatores de risco, o que aumenta ainda mais seu risco (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) decorrem de alterações no funcionamento do sistema cardiovascular. São uma causa importante de morbimortalidade e consideradas como problema para a saúde pública. Diversos fatores associam-se ao desenvolvimento das DCV, sendo os de maior relevância a HAS e o DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Considerando-se que as doenças cardiocirculatórias são responsáveis pelas principais causas de morte em toda população mundial, inclusive brasileira, e o fato de que muitos dos seus fatores de risco ou causais são preveníveis, torna-se urgente programar ações de diagnóstico e controle dessas condições nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente no nível primário de atenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

A área de abrangência da unidade corresponde à aproximadamente 1533 habitantes cadastrados, dos quais 290 são hipertensos e 121 diabéticos, de acordo com dados coletados pelo SISAB (2019).

O diagnóstico situacional da Unidade de Saúde evidenciou alta prevalência das doenças HAS e DM descompensadas, e conseqüentemente, alta incidência de eventos agudos decorrentes dessas patologias favorecendo complicações cardiovasculares. Não são realizados grupos operativos ou atividades direcionadas para essa população na unidade, além de não haver um horário específico para atendimento. Na tentativa de solucionar o problema, o projeto de intervenção elegeu ações para abordar de forma multidisciplinar essas doenças. Sabe-se que medidas preventivas e de promoção à saúde podem ser responsáveis pela abordagem da maioria dos casos de HAS e DM.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com ações direcionadas para abordagem da HAS e DM, na ESF Albertina Dias de Sousa Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar o nível de informação dos pacientes em relação às suas doenças, na tentativa de promover o autocuidado;
- Estimular modificações nos hábitos de vida, incluindo dieta e regularidade de atividade física, uso correto das medicações conforme as prescrições médicas, além de fortalecer o vínculo e confiança com a ESF Albertina Dias de Sousa;
- Promover a interação social dos participantes, compartilhamento de ideias individuais e, assim, criar uma forma de pensar coletivo em relação às patologias comuns;
- Ampliar o processo de trabalho da equipe, no sentido de aumentar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do Projeto de Intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando como referência o texto de apoio Planejamento, Avaliação e Programação das ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017). A alta prevalência de HAS, DM e seus agravos foi o problema priorizado. Esse tema foi selecionado para a construção de um plano de ação, sendo definido como prioritário nesse momento, na área de abrangência. Os outros problemas, em ordem de prioridade, serão devidamente solucionados dentro da capacidade de enfrentamento da equipe e dos recursos disponíveis.

Elaborou-se uma pesquisa bibliográfica para a contextualização do tema. Foi desenvolvida tendo como referência o período de 2010 a 2019. O tema foi levantado em bases de dados *Scientific Electronic Library online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde, do Ministério da Saúde, utilizando as seguintes palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Doenças Crônicas; Grupos Operativos; Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF, implantada oficialmente em 1994 pelo Ministério da Saúde, e inicialmente denominada PSF (Programa Saúde da Família), tem o objetivo de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS), através de um modelo centrado no trabalho em equipe, desenvolvendo práticas voltadas para o cuidado integral, priorizando a família e seu território, estabelecendo vínculo, acolhimento, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, busca desenvolver além da integralidade do cuidado, ampliar o conceito de saúde, oferecendo qualidade e resolutividade na assistência ao usuário. Contribui, ainda, para o processo de desospitalização e humanização do SUS, visando valorizar fatores que influenciam a saúde fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, sabe-se que a ESF tem um grande desafio de transformar o atual modelo assistencial em saúde brasileiro, centrado no tratamento curativo e medicamentoso, em um modelo coletivo e multiprofissional, baseado nas famílias, no âmbito preventivo e em uma prática mais efetiva. Assim, a Saúde da família é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, instrumentalizada por equipes multiprofissionais em unidades de saúde, responsável por acompanhar um número definido de famílias em um determinado território (MUNARI *ET al.*, 2008).

Atualmente considerada como política pública de estado, a ESF tem como proposta atuar de forma ampliada no processo saúde e doença, com visão no ambiente físico, social e estilo de vida, com enfoque em reconhecer a realidade das famílias, situação socioeconômica, cultural, epidemiológica,

possibilitando identificar os problemas mais marcantes e os possíveis riscos em que a população está exposta. É essencial que os profissionais que integram a ESF fortaleçam vínculo e confiança com os usuários, valorizando o processo de cuidado (BRASIL, 2012).

5.2 Atenção Primária à Saúde

A APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, oferecida através de unidades de saúde, em atendimentos ambulatoriais com objetivo de atender às necessidades e demandas de uma população. Esse modelo de atenção busca reformar as normativas da atenção primária, buscando transformá-la em uma porta de entrada resolutive dos sistemas de saúde (BRASIL, 2007).

Suas ações fazem parte de um conjunto de intervenções em saúde no âmbito individual e coletivo, baseadas na realidade local envolvendo: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Sob a forma de trabalho em equipe, são direcionadas às populações delimitadas e utilizam-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (MUNARI *et al.*, 2008).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, uma conceituação de APS implica em atributos, e somente haverá qualidade da APS quando esses atributos estiverem sendo operacionalizados. São atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. E os atributos derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. O primeiro contato destaca a acessibilidade e o uso de serviços para cada necessidade em que o usuário procurar a unidade. A longitudinalidade refere-se ao cuidado ao longo do tempo, construção de uma relação mútua de confiança e humanização entre a equipe e os usuários e suas famílias. A integralidade exige da APS a prestação de serviços que atenda a todas as necessidades da população, utilizando-se de recursos para abordá-las. Assegura que os serviços se ajustem de acordo com a necessidade da população. A coordenação por sua vez representa um desafio, pois tem

objetivo de tentar viabilizar a continuidade do cuidado, necessitando harmonia e vínculo com outros pontos de atenção em saúde. Além disso, requer o reconhecimento de problemas que necessitem acompanhamento constante (BRASIL, 2013).

Entre os atributos derivados, a focalização na família tem como proposta o reconhecimento integral dos problemas de saúde, com enfoque familiar e social, visando realizar intervenções personalizadas partindo da compreensão da estrutura familiar. A orientação comunitária refere-se a uma análise situacional das necessidades de saúde da família com base no contexto físico, social e econômico, além de envolver a comunidade na tomada de decisões. E por último, a competência cultural que diz respeito às singularidades e preferências de cada família (BRASIL, 2012).

A APS tem na ESF a base de sua implantação, sendo uma forma singular de reordenar os recursos necessários para atender a população. Busca um atendimento contínuo e de boa qualidade, abrangendo proteção específica a grupos populacionais vulneráveis como idosos, crianças, gestantes, jovens, com enfoque além da prevenção, mas também direcionado ao diagnóstico e tratamento precoce. Deve ser altamente resolutivo e abordar o campo sociocultural, família e comunidade dos pacientes potencializando assim a capacidade de intervenção da equipe (MUNARI *et al.* 2008).

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

A Assim sido um dos problemas de saúde de maior prevalência no Brasil, atingindo aproximadamente 23,9% da população brasileira acima de vinte anos, sendo sua distribuição por gênero de 21% do total de homens e 26,3% das mulheres. Essa prevalência tem provocado elevados custos médicos e socioeconômicos ao país, principalmente por estar associada a outras graves complicações como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiências cardíacas e renais, doença vascular nas extremidades e outras. Além disso, é responsável por 80% dos casos de acidente vascular encefálico

(AVE), 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 106 milhões de reais gastos com 479.497 de internações de no mínimo 3,4 dias no período de 2008 a 2012 (SANTOS; VASCONCELOS, 2013).

O diagnóstico de HAS é realizado pela observação clínica, durante um período sustentado, de uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e a diastólica maior que 90 mmHg. O paciente quando atinge essa condição geralmente é portador de uma síndrome de origem multifatorial complexa, poligênica, associada a vários fatores do ambiente, englobando: dieta inadequada com elevada ingestão de sal, obesidade, sedentarismo e outras. Com esse quadro clínico poderão ocorrer diversas anormalidades cardiovasculares e metabólicas, provocando alterações funcionais de diversos órgãos como coração, vasos periféricos, cérebro e rins. O agravante é que no princípio essa síndrome é assintomática, dificultando ou atrasando o diagnóstico, dificultando a assistência e colaborando para a não-adesão dos pacientes ao tratamento da HAS (REGO; RADOVANOVIC, 2018).

Figueiredo e Asakura (2010) avaliaram dados em prontuários e realizaram entrevistas com 54 pacientes hipertensos. Nesta amostra de pacientes hipertensos 66,7% eram do sexo feminino, adultos com idade entre 30 e 90 anos. A pressão arterial (mmHg) média sistólica foi de 138 e diastólica 83, no entanto, ao menos 50% dos pacientes apresentava pressão arterial controlada. Notou-se também que ocorreu relação entre maior conhecimento sobre a patologia e o seguimento das orientações para o tratamento da HAS. As principais dificuldades relatadas para se obter adesão ao tratamento foram: dieta hipossódica e realizar atividades físicas. Concluíram que é fundamental melhorar a comunicação entre os membros da ESF e os pacientes hipertensos, visando aumentar a adesão às práticas preventivas e de controle da HAS.

Beck *et al.* (2011) discutem a necessidade de adoção de medidas preventivas para HAS e outras doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos.

Analisaram uma amostra com 660 adolescentes de 14 a 19 anos, verificando-se que os fatores de riscos prevalentes para HAS foram: dieta (98,3%), sedentarismo (61,2%), excesso de adiposidade abdominal (32,6%), baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (25,9%) e colesterol total elevado (20,3%). Com base nisso, os autores sugerem a necessidade de intervenções tanto em escolas como em UBS no sentido de estimular a adoção de um estilo de vida saudável, com dieta adequada e exercícios físicos orientados desde a juventude.

Quintana (2011) sugere que fatores como obesidade, consumo elevado de sódio, sedentarismo se juntam ao estresse psicossocial (depressão, ansiedade) provocando reações do sistema nervoso simpático e conseqüente desenvolvimento de HAS. O tratamento dessa síndrome representa um desafio para pesquisadores e clínicos de todas as áreas da saúde, apesar dos avanços farmacológicos nos últimos anos. Dessa forma, a equipe multidisciplinar, fundamental para o êxito do tratamento, se apresenta constantemente frustrada, ao notar a resistência do paciente à alteração de hábitos de vida, essenciais no tratamento da HAS.

Oliveira *et al.* (2012) realizaram um estudo sobre a relação entre HAS e hábitos alimentares de 335 adultos eleitos para programa de mudança de estilo de vida. Foram avaliados dados como Índice de Massa Corporal (IMC), porcentagem de gordura e circunferência abdominal, exames de concentrações plasmáticas de glicose, triglicerídeos, colesterol total, HDL-c e LDL-c e a dieta. Notaram relação direta da pressão arterial diastólica com o hábito de consumir colesterol e açúcar; e de diminuição da pressão com a ingestão de fibras, porções de óleo e qualidade da dieta.

Mendes *et al.* (2013) avaliaram a prevalência de HAS e o acompanhamento realizado com 872 idosos em São Paulo. A prevalência de HAS na amostra foi de 46,9%. As três medidas mais comuns adotadas para o controle e acompanhamento de HAS nos idosos foram: uso de medicação oral, adoção de dieta com redução ou mesmo sem sal e atividade física. Os autores

observaram que o estilo de vida e status socioeconômico não afetou significativamente os procedimentos do controle, sendo o conhecimento sobre a importância da atividade física maior entre as pessoas mais velhas com o ensino superior e maior renda. Os resultados deste estudo mostraram a necessidade de adoção de políticas públicas de saúde que se concentram em APS para incentivar mudanças de estilo de vida principalmente dos idosos.

Giroto *et al.* (2013) fizeram uma avaliação sobre a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico da HAS na APS e encontraram fatores relacionados, em pesquisa com 385 hipertensos de 20 a 79 anos cadastrados em uma unidade de saúde da família de Londrina, Paraná. Em relação à adesão ao tratamento por fármacos foi de 59,0% da amostra. A regularidade de atividade física foi dita por 68 (17,7%) hipertensos, enquanto 266 (69,1%) disseram que fizeram alterações na alimentação. Homens portadores de hipertensão, com escolaridade igual ou superior à 4ª série, que tiveram pelo menos uma consulta por ano, com diabetes, e sem relato de elevação de colesterol tiveram maior adesão à atividade física regular. Em relação à dieta relacionou-se à escolaridade abaixo da 4ª série e a situação de ter recebido pelo menos uma consulta ao ano. Os resultados apresentados mostraram que existe grande variabilidade na adesão ao tratamento não farmacológico e realçam a relevância de ações mais efetivas na assistência ao hipertenso.

Radovanovic *et al.* (2014) identificaram a prevalência da HAS e sua associação com fatores de risco cardiovasculares em 408 adultos, em estudo transversal, descritivo, de base populacional. Notou-se no estudo que 23,03% se diziam ser hipertensos, com maior prevalência no gênero feminino. Apontaram que tabagismo, índice de massa corporal, circunferência abdominal, diabetes mellitus e dislipidemia tiveram relação positiva com HAS. Houve conclusão que é necessário haver intervenções da Enfermagem e implementação de protocolo que permita reduzir as complicações oriundas da HAS, assim como diminuir o aparecimento de outras doenças cardiovasculares.

Costa *et al.* (2014) realizaram um estudo como objetivo de descrever o papel

educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da HAS. Foi utilizada a análise de conteúdo para organização dos dados da revisão de literatura integrativa. Originaram-se quatro categorias temáticas que descrevem os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da HAS e o papel educativo do enfermeiro para a adesão do portador dessa doença: HAS - intervenções sobre os fatores de riscos modificáveis; Educação em saúde continuada para o controle e a adesão ao tratamento da HAS; (Des) Conhecimento da doença HAS pelo portador; (Não) Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os resultados mostraram que a intervenção nos fatores modificáveis da HAS se fundamenta na mudança dos hábitos e estilos de vida que contribuem para o agravo da doença. Para tanto, a educação em saúde deve ser priorizada pelo enfermeiro, enfatizando a prática educativa do autocuidado e a importância de hábitos saudáveis para se obter qualidade de vida do portador de HAS.

Rever todo texto, pois existem muitas palavras juntas, sem a separação necessária

Silva *et al.* (2016) avaliaram a prevalência de HAS e fatores associados em homens e mulheres (1296 adultos) residentes em municípios da Amazônia legal. A prevalência da HAS foi de 22,3% da amostra. Após ajustes, as variáveis que se associaram à hipertensão nos homens foram à idade superior a 40 anos, sobrepeso, obesidade e ser natural da região Norte ou Nordeste. Entre as mulheres, associaram à hipertensão a idade de 40 a 59 anos; o consumo de vinho e obesidade. Concluíram que a HAS associou-se independentemente com a idade, estado nutricional e naturalidade nos homens. E nas mulheres com a idade, estado nutricional e tipo de bebida alcoólica.

Falcão *et al.* (2018) realizaram estudo envolvendo 254 homens idosos (idade igual ou superior a 60 anos devendo estar em acompanhamento da evolução da HAS na APS) sobre o estilo de vida e adesão ao tratamento de HAS. Houve predomínio dos hipertensos que deixam de tomar a medicação para HAS ao menos uma vez por ano, e comem praticamente sem gordura e sem doces e

bebidas açucaradas (47,2%). O estilo de vida evidenciou a existência de grupos alimentares que favorecem ao controle e descontrole da adesão ao tratamento de HAS na amostra estudada. Concluíram que houve adesão parcial dos idosos, os quais utilizam alguns hábitos saudáveis como mecanismo compensatório para a dificuldade de adesão ao tratamento.

5.4 Diabetes mellitus

O DM é uma das doenças crônicas não transmissíveis com elevada frequência no mundo (aproximadamente 380 milhões, podendo chegar a 480 milhões de pessoas em 2035) sendo a quarta principal causa de morte. Esse mal junto à doença renal crônica tem causado impacto significativo e crescente nos sistemas de saúde mundial e brasileiro (DUNCAN *et al.*, 2017).

O DM tem como característica um complexo conjunto de distúrbios metabólicos tendo como característica marcante o aumento da glicose plasmática a (hiperglicemia) causada por defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. Esta doença é classificada em tipo 1 (A e B), tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos. O DM tipo 1A (autoimune) geralmente corresponde 5 a 10% dos casos, é resultado da destruição imune das células beta pancreáticas, o que conseqüentemente leva à incapacidade do organismo em produzir insulina. O tipo 1B (idiopático) não tem causa definida e corresponde aos casos onde não há presença de marcadores imunes. O DM tipo 2, que é o mais comum e correspondente a 90 a 95% dos casos, atinge principalmente os adultos. As principais causas deste tipo de DM estão relacionadas à obesidade e estilo de vida sedentário. Trata-se de um distúrbio resultante da produção insuficiente ou resistência à ação da insulina. Por isso, a prevenção da doença envolve a alimentação equilibrada, se possível orientada por nutricionista e atividades físicas para evitar o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Estudo multicêntrico feito em capitais brasileiras (São Paulo, Porto Alegre, João Pessoa, Salvador, Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife e Brasília)

identificou que indivíduos com idade entre 30 e 69 anos, apresentou 7,6% de prevalência de DM e 7,8% de diminuição da tolerância a glicose, ocorrendo às piores taxas em São Paulo e Porto Alegre. Foi possível constatar que cerca de 46% dos indivíduos diagnosticados não tinham conhecimento de que possuíam a doença, que provavelmente seria diagnosticada tardiamente, devido a complicações, situação que dificulta o êxito do controle da DM (MORAES *et al.*, 2010).

Medeiros *et al.* (2012) fizeram uma avaliação quanto à prevalência dos fatores de risco para DM tipo 2 em 65 servidores públicos, por meio de questionário, e foram aferidos: pressão arterial, altura, peso corporal, índice de massa corpórea, glicemia capilar de jejum e circunferência abdominal e fizeram uma relação de fatores de risco segundo, sexo e glicemia. Os fatores de risco com maior prevalência foram: índice de massa corpórea alterado (66,1%), idade > 45 anos (64,6%), circunferência abdominal alterada (61,5%) e sedentarismo (61,5%). Foi identificada relação entre a pressão arterial e a glicemia capilar de jejum alterada. O gênero masculino teve maior prevalência de glicemia capilar de jejum alterada e índice de massa corpórea alterado. Concluíram que os fatores de risco para o DM tipo 2 possuem elevada prevalência na população estudada, refletindo um estilo de vida inadequado para a prevenção desta doença.

O DM, tendo em vista sua elevada prevalência, tem gerado grandes custos ao paciente e ao sistema de saúde. No mundo, atualmente cerca de 12% dos gastos globais em saúde estão ligados ao DM. Esta alta prevalência tem relação com inúmeras complicações como insuficiência renal, hipoglicemia, cetoacidose diabética, confusão mental, amputação de membros inferiores, cegueira, retinopatia diabética, doenças cardiovasculares entre outras que levam a prejuízos na capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. Estas complicações não são inevitáveis, podendo ser prevenidas e controladas com orientações para o autocuidado com o adequado acompanhamento glicêmico, dos níveis de colesterol e pressão arterial (COSTA *et al.*, 2017).

De modo geral, o clínico geral identifica o diagnóstico e o tratamento se dá pelos especialistas. A suspeita diagnóstica pode ser feita a partir de sintomas como poliúria, polifagia, polidipsia, cansaço excessivo e perda ponderal. Em relação aos exames, o diagnóstico é feito em casos que a glicemia ao acaso seja ≥ 200 mg/dl associada a um desses sintomas expostos ou pela existência de dois ou mais dos critérios relacionados: glicemia de jejum sérica ≥ 126 mg/dl; glicemia sérica após 2h do teste de tolerância oral à glicose com 1,75 g/kg de dextrosol ≥ 200 mg/dl; hemoglobina glicada (HbA1C) $\geq 6,5\%$ (BERTONHI; DIAS, 2018).

O tratamento do DM tem como foco a manutenção do controle glicêmico e metabólico, sendo essencial a colaboração e a fidelidade do paciente às prescrições para se obter a prevenção e o controle de complicações associadas. O paciente com DM necessita de orientação para seguir não só a prescrição de medicamentos (orais ou insulina), mas também às mudanças nos hábitos de vida, que se relacionam a ingestão de dieta equilibrada específica e ao não sedentarismo (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

As insulinas conforme o pico de efeito e duração no organismo são divididas em: ultrarrápida (Lispro/Aspart/Glulisina), rápida (Regular), intermediária (NPH) e de longa duração (Detemir/Glargina/Degludeca). No caso, das insulinas ultrarrápidas (agem mais rápido e tem curta duração), podem ser utilizadas antes da refeição. Para as insulinas de longa duração tem o oposto de ação, geralmente obtendo um longa duração visando uma imitação da secreção fisiológica, mantendo-a constante. A insulina NPH tem um rápido início de ação (2 às 4h) e apresenta uma longa duração (10 a 18h), normalmente é utilizada com uma insulina de ação curta. O tratamento considerado padrão-ouro da DM tipo 1 é o sistema de infusão contínuo de insulina que apresenta melhores resultados no controle glicêmico quando comparado a administração de múltiplas doses diárias. Mas, para obter êxito com esse tipo de tratamento há necessidade de que o paciente tenha um nível maior de escolaridade e conhecimento para lidar com o equipamento e o ajuste da insulina de acordo

com o monitoramento da glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A DM tipo 1 tem sido identificado com maior frequência na adolescência, sendo necessário um autocuidado para o controle da patologia, revelando-se como essencial para a autonomia dos adolescentes e na redução dos riscos associados. Flora e Gameiro (2016) identificou que a maioria dos adolescentes apresentou bom nível de conhecimento, no entanto, foram percebidos conceitos errados, havendo registro de adolescentes com baixo nível de conhecimentos. Concluíram que é importante corrigir os conceitos errôneos e identificar os adolescentes com conhecimento insuficiente, para uma intervenção dirigida.

O tratamento da DM tipo 2, conforme apresentado por Xavier e Nunes (2018), também pode ser feito por meio das plantas medicinais com poder hipoglicemiante, exames para diagnóstico, e acompanhamento sistemático por profissionais de saúde. Os autores revisaram 11 artigos que tratavam especificamente o tema proposto, entre os anos 2009 a 2017. Nos resultados foram encontradas mais de 70 espécies de plantas capazes de diminuir os níveis da glicose previamente elevados, porém foram descritas as 10 mais citadas nas revisões literárias. Destacaram-se como as mais usadas e com efeitos significativos comprovados na redução glicêmica a *Bauhinia Forficata* (pata-de-vaca) e a *Syzygium Cumini* (L.) Skeels (Oliveira/Azeitona).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

As ações propostas apresentadas nesse trabalho são para modificar o problema selecionado na ESF Albertina Dias de Sousa de Cabo Verde “Alta prevalência de HAS e DM descompensadas, associados ao alto risco cardiovascular”. Para esse problema, registra-se descrição, explicação e seleção dos nós críticos, de acordo com Planejamento Estratégico Situacional.

6.1 Descrição do problema selecionado

A ESF abrange aproximadamente 1533 habitantes, sendo 290 hipertensos e 121 diabéticos. Percebemos muitos pacientes hipertensos e diabéticos, sem controle, com um alto número de atendimentos na urgência por descompensação aguda dessas patologias que se tornaram rotina na ESF Albertina Dias de Sousa, bem como a reincidência em determinados pacientes, e, portanto, deve ter uma abordagem priorizada. Fatores como a falta de um agendamento específico ou um cronograma definido para atender esse grupo fazem com que ações em saúde não sejam direcionadas, favorecendo maior número de complicações. Além disso, sabe-se que o acompanhamento periódico desses pacientes pode contribuir com o melhor controle das doenças, diminuição dos agravos e maior autonomia do paciente no processo de cuidado.

6.2 Explicação do problema

Na área de abrangência da ESF Albertina Dias de Sousa o problema priorizado foi à elevada prevalência de hipertensos e diabéticos sem controle, associado ao alto risco cardiovascular.

As DCV representam grave problema de saúde devido à prevalência e à morbimortalidade associada a elas.

As possíveis causas da elevada prevalência de hipertensos e diabéticos sem controle, associado ao alto risco cardiovascular na área de abrangência são:

- Hábitos e estilo de vida inadequados: associação direta com a situação socioeconômica, política, cultural e ambiental dos indivíduos. Há relação com os costumes e crenças populares, alimentação e sedentarismo, hábitos viciosos, tais como: tabagismo e etilismo;
- Baixo nível de informação da população: muitos indivíduos desconhecem a gravidade tanto das doenças HAS e DM, quanto das consequências cardiovasculares;
- Dificuldade financeira: indivíduos menos favorecidos têm maior chance de complicações e descontrole da HAS e DM devido à baixa adesão ao tratamento, em muitos casos por dificuldade financeira de manter o uso do medicamento;
- Baixa adesão e interrupção do medicamento: é necessário seguir a orientação e prescrição medicamentosa de forma adequada para que alcance benefícios clínicos e reduza os riscos cardiovasculares. Porém, em muitos casos, os pacientes fazem uso irregular dessas medicações, interrompendo o tratamento ou conduzindo de forma inconsistente.
- Processo de trabalho da equipe inadequado: falta de planejamento da equipe com relação à criação de grupos operativos, materiais informativos, mobilização social da equipe direcionados para promoção à saúde e prevenção de agravos, palestras educativas para aumentar o nível de informação da população.

6.3 Seleção dos nós críticos

No PES, encontrar as causas do problema faz com que identifique os nós críticos do problema. Essa identificação é essencial, pois para solucionar os problemas, é necessário abordar as suas causas. Desse modo, quando escolhermos os nós críticos, fazemos uma decisão sobre quais causas haverá

atuação, sendo consideradas as mais relevantes oriundas do problema.

Nesse sentido, os nós críticos selecionados foram: baixo nível de informação da população; hábitos e estilo de vida inadequados, uso irregular das medicações; processo de trabalho da equipe inadequado (incluindo a inexistência de grupos operativos de promoção à saúde).

Observou-se que o problema detectado é de alta relevância e está parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. Para cada nó crítico definido, será criada uma ação na forma de proposta de intervenção.

6.4 Desenho das operações

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

Nó Crítico 1	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de trabalho da equipe inadequado
Operação	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão de agenda médica específica e Grupo HAS e DM
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> • “Atende melhor”
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da equipe da ESF na criação e manutenção do grupo na unidade • Estímulo ao trabalho em equipe • Estímulo a promoção à saúde e prevenção de agravos
Produtos Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do grupo operativo HAS/DM na agenda médica

	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe em relação ao tema proposto e às atividades do grupo • Agenda de consultas médicas, específica, para abordagem do hipertenso e diabético
Atores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da ESF • Secretaria Municipal de Saúde • Comunidade
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: organizar a agenda e atividades com os profissionais da ESF • Cognitivo: conhecimento sobre os temas propostos; elaboração de protocolos no acompanhamento crônico de HAS e DM • Estrutural: local para realização das atividades • Político: mobilização social, articulação entre os setores de Saúde/adesão dos profissionais • Financeiro: para aquisição de panfletos, cartazes, mídia
Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: Disponibilidade de todos profissionais e inclusão na agenda do cronograma das atividades do grupo • Político: articulação entre os setores de Saúde/adesão dos profissionais
Controle Dos Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da ESF (enfermeira e médica): organização das atividades

	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de Saúde: apoio e aprovação do projeto • Comunidade: Participação das atividades
Viabilidade/Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • ESF, Comunidade: Favorável
Ação Estratégica Da Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • ESF: demonstração da importância das reuniões e das ações organizadas na gestão da ESF • Comunidade: demonstrar os benefícios e melhorias na qualidade de vida através do grupo • Secretaria de Saúde: apresentação do Projeto e seus benefícios à população
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira e Médica: criação, implantação e coordenação das atividades do grupo. Capacitação da equipe e definição das funções para atuar nas atividades do grupo. • ACS: realizar convites e divulgação do grupo em cada área. Participação ativa nas atividades do grupo. • Técnicas de enfermagem: auxiliar nos procedimentos durante a realização do grupo
Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> • Em andamento para implantação do grupo; reuniões quinzenais
Gestão, Acompanhamento, Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar a situação do produto esperado em 06 meses após

	o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário
--	---

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

Nó Crítico 2	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de Informação acerca da HAS e DM
Operação	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividades educativas com objetivo de aumentar a autonomia do paciente no processo de cuidado da doença
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> • “Aumentando Saberes: DM e HAS em cena”
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Através de palestras e gincanas culturais aumentar o nível de informação da população a respeito das patologias DM/HAS, fatores de risco, complicações cardiovasculares e tratamento. Estimular o processo de autocuidado Reduzir o número de atendimentos em urgência/emergência

	<p>associadas à HAS/DM</p> <p>Promover interação em equipe</p>
Produtos Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do nível de informação da população sobre HAS, DM e riscos cardiovasculares • Criação de campanhas educativas com objetivo de disseminar a informação aprendida através de folder (panfletos) • Gincana Cultural, Jogo Inversão de Papéis • Encontro com psicóloga abordando a saúde mental e sua relação com a HAS e DM
Atores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • ESF • Comunidade • Secretaria Municipal de Saúde
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: organizar agenda para inclusão das atividades • Cognitivo: conhecimento sobre o tema proposto • Político: Mobilização social e articulação intersetorial • Estrutural: local para os encontros • Financeiro: para aquisição de panfletos, cartazes
Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: organizar agenda para inclusão das atividades • Político: Mobilização social e articulação intersetorial

Controle Dos Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • ESF: organização das atividades • Comunidade: participação das atividades • Secretaria Municipal de Saúde: financiamento das campanhas e produção de folders
Viabilidade/Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • ESF, Comunidade: favorável
Ação Estratégica De Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • ESF: não é necessária • Comunidade: Aferição de PA e medidas de glicemia capilar, promoção de Gincana Cultural. • Secretaria Municipal: Apresentação do projeto
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de enfermagem: aferição PA e medida de glicemia capilar • ACS: convite à população • Prefeitura Municipal/Secretaria De Saúde: financiamento dos materiais • Médica: liderança e discussão do tema na mesa redonda
Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Projeto e início das atividades em 02 meses
Gestão, Acompanhamento, Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar a situação do produto esperado em 06 meses após o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário

Gincana cultural: Passa ou Repassa

Descrição da atividade: Inicialmente será realizada uma discussão com o grupo sobre o tema proposto “DM/HAS: aspectos clínicos, tratamento e complicações cardiovasculares”. Em um segundo momento, o grupo será dividido em dois times. Serão lançadas perguntas sobre a discussão anteriormente realizada, previamente preparada pela equipe, sobre aspectos clínicos, abordagem e tratamento, das quais o grupo deverá responder ou repassar a pergunta ao outro grupo. A cada pergunta, o gabarito será apresentado e discutido. As pessoas terão a chance de relatar suas experiências. Vence o grupo que obtiver mais acertos. No final, será realizada aferição de PA e medidas de Glicemia Capilar, além de entregas de folders sobre o tema.

Jogo: Bingo da Saúde

Descrição da atividade: O instrumento utilizado será o jogo educativo na forma de bingo, englobando temáticas como DM, HAS e suas complicações cardiovasculares, além de abordagens preventivas e terapêuticas, tratamento e compreensão de alguns mitos. Os participantes do bingo serão divididos em grupos de quatro pessoas, e cada grupo receberá uma cartela. As cartelas confeccionadas pela equipe serão compostas por palavras-chave sobre o tema, e a cada palavra sorteada, um tema será discutido. O jogo continua até que todos os temas tenham sido discutidos, mesmo que haja vencedor do jogo. Ao final serão entregues brindes.

Saúde Mental x Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

A ideia central desse encontro é associar informações sobre a Saúde mental com DM e HAS. Uma psicóloga será convidada para discutir com o grupo sobre como a Ansiedade ou Depressão, entre outros Transtornos mentais, podem favorecer ou agravar HAS e DM. Da mesma maneira, como o portador dessas doenças pode ter consequências para a saúde mental. Além disso, trabalhar como a concomitância dos distúrbios psiquiátricos em hipertensos e

diabéticos pode interferir diretamente na aderência ao tratamento.

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

Nó Crítico 3	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos e Estilo de vida inadequados
Operação	<ul style="list-style-type: none"> Promover e estimular atividade física e alimentação saudável
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> “Vida Saudável: Dia do Movimento”
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> Modificar os hábitos de vida da população Reduzir o sedentarismo e o número de obesos na área de abrangência Estimular a prática de atividade física e alimentação saudável
Produtos Esperados	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de caminhadas e outros exercícios físicos (Dia do Movimento) Grupo educativo sobre alimentação saudável
Atores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ESF, Professor de Educação física e nutricionista Comunidade
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none"> Organizacional: organizar a agenda e atividades com os profissionais da nutrição e educação física

	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: informações sobre o tema e medidas específicas de abordagem • Financeiro: recursos como folhetos educativos, convite para participação, material audiovisual • Estrutural: local para realização das atividades • Político: mobilização social, parceria com profissionais da Nutrição e Educação Física
Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Político: mobilização social, parceria com os profissionais da Nutrição e Educação Física • Organizacional: organizar a agenda e atividades com os profissionais da nutrição e educação física
Controle Dos Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da ESF, Professor de Educação física e nutricionista: organização das atividades • Comunidade: Participação das atividades • Secretaria Municipal de Saúde: financiamento dos panfletos e recursos audiovisuais necessários
Viabilidade/Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • ESF, Professor Educação Física e Nutricionista: favorável
Ação Estratégica Da Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da ESF, Professor Educação Física e Nutricionista: não é necessária

	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidade: promoção de café da manhã saudável e prática de exercícios físicos • Secretaria Municipal de Saúde: apresentação do Projeto
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Professor de Educação Física: promover atividade lúdica e dinâmica de exercícios físicos • Nutricionista: auxiliar a equipe na promoção do café da manhã saudável • Secretaria Municipal: financiamento dos materiais
Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Projeto e início das atividades em 02 meses
Gestão, Acompanhamento, Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar a situação do produto esperado em 06 meses após o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário

Dia do Movimento

Descrição da Atividade:

Inicialmente, a atividade será direcionada pelo Educador físico convidado, com objetivo de estimular a prática de atividades corporais e hábitos de vida saudáveis.

ATIVIDADE 1 – BRINCADEIRA: “ESTOURAR A BEXIGA” Descrição: Esta brincadeira tem o objetivo de trabalhar competências físicas e cognitivas, e

também a socialização. Desenvolvimento: Em equipes. Dispostos em fila indiana, os componentes deverão se deslocar da fila até o ponto final, pegar a bexiga e sentar sobre ela para estourá-la. Vencerá a prova a equipe que terminar a tarefa o mais rápido possível.

Materiais: Bexigas (60 unidades)

ATIVIDADE 2 – BRINCADEIRA “CORRIDA COM OVO NA COLHER”

Descrição: Esta atividade tem o objetivo de trabalhar a coordenação motora fina. Desenvolvimento: Em equipes. Cada equipe está disposta em fila indiana, e cada componente terá sua colher e deverá equilibrar o objeto (um ovo ou uma bolinha de tênis de mesa) na colher. A todo o momento a colher deverá ser carregada pela boca, até o ponto final. O atleta que derrubar a bolinha poderá pegá-la e reposicioná-la na colher e retomar a tarefa do ponto que havia parado. Vencerá a atividade a equipe que completá-la mais rápido.

Materiais: Colheres descartáveis (40 unidades); De 5 a 10 bolinhas de tênis de mesa.

ATIVIDADE 3 – CORRIDA DE REVEZAMENTO

Descrição: Esta brincadeira tem o objetivo de trabalhar competências físicas e também a socialização. Desenvolvimento: Em equipes. Cada equipe estará disposta em fila indiana. Cada componente deverá sair da fila (ponto inicial) e ir até a marca (ponto final). Ao chegar à marca, o componente deverá retornar à fila. Vencerá a tarefa a equipe que completar a tarefa mais rápida.

Materiais: nenhum.

Após a atividade, a nutricionista convidada discutirá alimentação saudável direcionada para Hipertensos e Diabéticos e posteriormente, proporcionado um café da manhã saudável com estímulo ao convívio social.

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS e DM descompensadas, associada ao alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Albertina Dias Sousa, Cabo Verde, Distrito São Bartolomeu, Minas Gerais

Nó Crítico 4	<ul style="list-style-type: none"> • Uso irregular das medicações
Operação	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o uso correto das medicações e adesão aos tratamentos através de atividade educativa
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> • “Jogo Mito e Verdade – Uso racional de medicamentos”
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o uso correto e racional das medicações por meio de uma atividade lúdica • Estimular a participação da comunidade no processo de aprendizado ao uso de medicações, em relação à receita médica, modo e tempo de uso, cuidados gerais e efeitos adversos • Redução da baixa adesão ou interrupção de tratamento medicamentoso • Redução de exacerbações agudas por tratamento inadequado
Produtos Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do uso correto e descarte adequado dos medicamentos por meio de um Jogo de competição entre grupos
Atores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • ESF • Comunidade • Secretaria Municipal de Saúde
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: organizar a agenda e atividades • Cognitivo: informações sobre o tema e medidas específicas

	<p>de abordagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutural: local para realização das atividades • Político: mobilização social • Financeiro: Criação e entrega de folder educativo
Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: organizar a agenda e atividades • Político: mobilização social
Controle Dos Recursos Críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de Saúde: financiamento dos materiais necessários • Equipe da ESF: organização das atividades • Comunidade: participação nas atividades
Viabilidade/Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe ESF, Comunidade: favorável
Ação Estratégica De Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da ESF: não é necessária • Secretaria Municipal de Saúde: apresentação do Projeto • Comunidade: Estímulo ao autocuidado e participação social através do Jogo Mito ou Verdade
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Médica e ACS: realização da dinâmica do Jogo Mito e Verdade
Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Projeto e início das atividades em 02 meses
Gestão, Acompanhamento, Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar a situação do produto esperado em 06 meses após o início do projeto junto à

	responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário
--	---

Descrição da atividade: A atividade tem o objetivo de desmistificar algumas informações sobre o uso de medicamentos. Inicialmente, uma singela discussão sobre uso de medicações nas doenças crônicas. Em um segundo momento, o grupo será dividido em dois times. Perguntas serão realizadas e cada grupo, ao mesmo tempo, poderá responder como Mito ou Verdade. Ao final, vencerá o grupo que obtiver mais acertos.

Para encerramento das atividades, a equipe optou por organizar dois encontros diferenciados, com objetivo de trazer à população assuntos do cotidiano que podem interferir no processo de cuidado e na adesão ao tratamento das doenças.

Passeio

No encerramento, será realizado um passeio em um Parque Municipal de Muzambinho, cidade vizinha. Será proporcionado uma manhã diferente, brincadeiras divertidas e café da manhã. Sendo uma forma de, além de estimular a prática de atividade física e alimentação saudável, favoreça também a interação sócio-ambiental, um momento de lazer e integração.

As ações terão duração de dois meses, de outubro a dezembro, contando com encontros quinzenais. Os convites à população serão realizados através das ACS nas visitas domiciliares, na unidade durante consultas e procedimentos e também através das redes sociais.

Para realização da intervenção, contamos com o apoio: da Secretaria Municipal de Saúde, da equipe ESF Albertina Dias de Sousa, do Professor de Educação Física responsável pela Academia de Saúde, da Nutricionista em parceria com Secretaria da Educação e da comunidade em geral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho possibilitou identificar os principais problemas de saúde da comunidade através do diagnóstico situacional. Houve a definição das intervenções eficazes e eficientes por meio do planejamento da equipe.

Na ESF Albertina Dias de Sousa observamos um baixo controle da HAS e DM, e pouco enfoque no risco cardiovascular global dos pacientes. O projeto de intervenção teve como pretensão modificar esse cenário, aumentar o nível de informação da população, estimular a população no processo de autocuidado, estimular o uso correto das medicações, além de realizar a capacitação da equipe em abordar o tema. Visou, ainda, a promoção à saúde e prevenção de agravos.

Após analisar a capacidade de enfrentamento da equipe em relação aos problemas, pôde-se, de maneira mais sistematizada e menos improvisada, criar e implantar ações de saúde, alcançando melhorias nos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes, redução dos riscos e complicações cardiovasculares, melhor entendimento de suas próprias doenças e incentivo às mudanças no estilo de vida.

Além disso, pôde-se verificar os benefícios em investir nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, aumentar a humanização do trabalho, envolver o indivíduo e a família no processo de autocuidado. No futuro, espera-se consolidar e dar continuidade a essas ações implantadas, e expandir esse projeto atingindo outros grupos específicos, em um constante processo de melhorias.

8 REFERÊNCIAS

BECK, C.C. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.14, n.1, p.36-49, 2011.

BERTONHI, L.G.; DIAS, J.C.R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v.2, n.2, p.1-10, 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades** [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santana-da-vargem/panorama>. Acesso em: 10 maio 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013. 128 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 14 Junho 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 20 jun. 2019.

COSTA, A.F. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.1-14, 2017.

COSTA, Y.F. *et al.* O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa de literatura. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.38, n.4, p.473-481, 2014.

DUNCAN, B.B. *et al.* The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and

its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

FALCÃO, A.S. *et al.* Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v.31, n.2, p.1-10, abr./jun. 2018.

FLORA, M.C.; GAMEIRO, M.G.H. Autocuidado dos adolescentes com Diabetes mellitus tipo I: conhecimento acerca da doença. **Revista de Enfermagem**, v.4, n.8, p.17-26, jan-mar. 2016.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista Enfermagem**, v.23, n.6, p.782-787, 2010.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

MEDEIROS, C.C.M. *et al.* Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Revista Eletrônica Enfermagem** [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):559-69. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a12.htm>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MENDES, T.A.B. *et al.* Fatores associados à prevalência de práticas de controle da hipertensão e entre os idosos residentes da cidade de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2275-2286, Nov. 2013.

MORAES, S.A. *et al.*, Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.929-941, 2010.

MUNARI, D.B. *et al.* Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p.784-795, 2008.

OLIVEIRA, E.P. *et al.* A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v.98, n.4, p.338-343, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO VERDE. Acesso à informação. [online]. Disponível em: <https://www.caboverde.mg.gov.br/> . Acesso em: 20 out. 2019.

QUINTANA, J.F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 25 out. 2019.

RADOVANOVIC, C.A.T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-553, jul./ago. 2014.

REGO, A.S.; RADOVANOVIC, C.A.T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília , v.71, n.3, p.1030-1037, Maio 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-71672018000301030&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2882, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

SANTOS, S.S.; VASCONCELOS, D.F.S.A. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. **Revista Ciência Médica Biologia**, Salvador, v.12, p.465-471, Dez. 2013.

SILVA, E.C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.38-51, jan/mar. 2016.

SISAB, **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, [online] 2019. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de

Hipertensão. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v.95, n.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016. 348p.

XAVIER, A.T.; NUNES, J.S. Tratamento de Diabetes mellitus com plantas medicinais. **Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA**, Ariquemes, v.9, n.edesp, p.603-609, maio-jun. 2018.

9 APÊNDICES

APÊNDICE I – DINÂMICA DA APRESENTAÇÃO

Ocorrerá da seguinte forma:

ETAPA 1

- 1) explicar que a atividade vai ser realizada em roda e na posição de pé ou sentada;
- 2) inicialmente todos os participantes se apresentam, com nome, patologias de base (portador de HAS ou DM, por exemplo)
- 3) solicita que um participante olhe para o rosto de outro e jogue a bola para ele dizendo seu próprio nome e as patologias citadas

Essa parte termina quando todos tiverem dito seu nome pelo menos uma vez.

ETAPA 2 “BATATA QUENTE”

- 1) Pedir que todos os participantes se misturem novamente e façam um círculo. A brincadeira é parecida com a batata quente, uma música ficará tocando, e uma bola passando de mão em mão.
- 2) Quando a música parar, o participante que estiver com a bola deverá falar o nome e as patologias do colega ao lado direito. E assim, sucessivamente, até que todos tenham participado.
- 3) Ao final, será explicado o funcionamento do grupo, horários dos encontros e atividades. Nesse momento, também, os participantes poderão tirar suas dúvidas e expor ideias.

APÊNDICE II - JOGO MITO E VERDADE

- 1- O uso correto de medicamentos depende só do médico

MITO.

Resposta: Na prática, todos são responsáveis por promover o uso racional e correto dos medicamentos: pacientes e profissionais de saúde

- 2- O medicamento que é bom para meu vizinho e amigos também vai ser bom para mim?

MITO

Resposta: O médico deve escolher o melhor medicamento para você, de acordo com resultado de exames, estilo de vida, etc. O seu vizinho e amigo pode ter algum problema parecido com o seu, mas o medicamento tem efeitos diferentes em cada pessoa.

- 3- Não entendi a prescrição do médico, posso perguntar na farmácia.

MITO

Resposta: Você não deve sair do consultório sem entender o nome do medicamento, o motivo de tomá-lo, por quanto tempo. Isso é importante para sua saúde. A farmácia pode ajudar a ler o medicamento na receita, mas a orientação deve ser do médico.

- 4- Estava tomando um medicamento prescrito para 7 dias. Estou no terceiro dia e já me sinto bem. Já posso parar.

MITO

Resposta: É sempre importante seguir orientação médica, principalmente se for antibiótico ou medicamento controlado. Caso ache que o medicamento não está fazendo efeito desejado, procure o médico imediatamente.

- 5- Uso medicamento contínuo e não preciso me consultar com médico, só renovar as receitas.

MITO

Resposta: O acompanhamento médico deve ser realizado de forma periódica. O paciente que faz uso contínuo de medicações também precisa ser acompanhado de perto, realizar exames de rotina, ajustes de dose.

- 6- Sobrou um pouco de medicamento do último tratamento. Posso tomar agora que estou sentindo a mesma coisa.

MITO

Resposta: Mesmo que os sintomas sejam parecidos, apenas o médico pode diagnosticar e definir a sua doença. Além disso, pode ser que o tratamento anterior não faça o mesmo efeito. Então sempre procure um médico.

- 7- Se estiver doente, posso comprar remédio sem receita na farmácia, e não preciso ir ao médico.

MITO

Resposta: Apesar de alguns medicamentos serem vendidos sem receita médica, apenas o médico pode definir a sua doença e o melhor tratamento.

- 8- Tenho alergia a alguns medicamentos e devo informar ao médico em toda consulta.

VERDADE

Resposta: Mesmo que você já tenha informado ao médico a sua alergia, em toda consulta é importante reforçar. Estas informações são importantes para a segurança do tratamento.

- 9- Esqueci de tomar o medicamento no horário marcado, já estando próximo de tomar a segunda dose. Devo tomar em dose dobrada?

MITO

Resposta: Sempre obedeça ao horário recomendado pelo médico. O que fazer em caso de esquecimento depende de cada medicamento. Mas NUNCA dobre a dose, tome somente a dose no horário e procure seu médico.