

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

MAGALIS AGUILERA RIVERO

**INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA
UNIDADE DE SAÚDE SÍLVIA LUIZA DA CRUZ NO MUNICÍPIO DE TAQUARAÇU DE MINAS**

TAQUARAÇU DE MINAS - BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

MAGALIS AGUILERA RIVERO

**INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA
UNIDADE DE SAÚDE SÍLVIA LUIZA DA CRUZ NO MUNICÍPIO DE TAQUARAÇU DE MINAS**

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

Orientador: Prof: Msc. Ana Mônica Serakides Ivo

MINAS GERAIS

2015

MAGALIS AGUILERA RIVERO

**INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM PSF
SILVIA LUIZA DA CRUZ- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Examinadora 1: Prof: Msc.Ana Mônica Serakides Ivo (UFMG)

Examinadora 2: Profa Msc.Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovada em Belo Horizontes em: ____\ ____\ ____

DEDICATÓRIA

A

Há tantos irmãos brasileiros e em especial a minha equipe de trabalho que com muito amor e interesse me ajudaram durante todo este ano e na confecção deste TCC.

Antônio Anastácio dos Santos, nosso prezado motorista e excelente companheiro a quem perdemos recentemente vítima da violência.

Figura 1 - Equipe de Saúde da Família -Silvia Luiza da Cruz



Fonte: Arquivo Pessoal de Magalis Aguilera Rivero, 2014.

AGRADECIMENTOS

A meus tutores Mateus Figueiredo e Ana Monica Serakides Ivo pela dedicação e paciência.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde pelo seu apoio incondicional.

A Priscila da Cruz minha prezada enfermeira e amiga pela sua constância e carinho.

“A dignidade é a flor mais bela que cresce no jardim da consciência humana”.

Jorge Aguilera Rivero, 1986

RESUMO

O município de Taquaraçu de Minas, está situado na região metropolitana de Belo Horizonte e possui duas equipes de saúde da família. A equipe Silvia Luiza da Cruz, localizada na zona rural atende uma população média de 1.400 pessoas e apresenta alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com vistas a reduzir a incidência de DCNT na área de abrangência da referida UBS. Para a elaboração deste estudo e construção do plano de intervenção foi feito uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa e realizadas buscas nos bancos de dados Google Acadêmico, SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Manuais do Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Plano Municipal de Saúde, além das Fichas de Produção Diária padronizada pelo município. Para elaboração do plano de intervenção utilizou-se o método de estimativa rápida por meio da realização do diagnóstico situacional. As intervenções propostas no plano são viáveis no contexto descrito e podem contribuir de maneira significativa para redução da incidência de DCNT na referida população melhorando ainda a qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Obesidade. Dislipidemia

RESUMEN

El Municipio Taquaraçu de Minas, está localizado en la región metropolitana de Belo Horizontes y posee dos equipos de Salud de la Familia, uno de ellos está localizado en la zona rural y se llama Silvia Luiza da Cruz. Esta Unidad Básica de Salud (UBS) atiende una población de aproximadamente 1400 personas y una gran parte de los usuarios padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), El objetivo de este trabajo es elaborar un proyecto de intervención con vistas a reducir la incidencia de ECNT en el radio de acción de la referida UBS. Para la realización de este estudio y construcción del plan de intervención fue hecha una revisión bibliográfica de tipo narrativo y búsqueda en los bancos de datos de Google Académico, SciELO, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Manuales Del Ministerio de la Salud, Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), Plano Municipal de Salud, además de las fichas de producción diarias, dispuestas por el Municipio. Para la elaboración del plan de acción se utilizó el método de la estimativa rápida realizandose el diagnóstico situacional. Las intervenciones propuestas en el plano son viables en el contexto descrito y pueden contribuir de manera significativa para la reducción de la incidencia de las ECNT en la referida población mejorando así la calidad de vida de estas personas.

Palabras Claves: Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Diabetes Mellitus. Hipertensión Arterial Sistémica. Obesidad. Dislipidemia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -Agente Comunitário da Saúde
AVC - Acidente Vascular Encefálico
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais
ESF - Equipe da Saúde da Família
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DVC - Doença Cardiovascular
DM - Diabetes Mellitus
DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1
DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2
HAS - Hipertensão Arterial
HDL - Colesterol de lipoproteína de alta densidade
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IMC - Índice de Massa Corporal
LDL – Colesterol de lipoproteína de baixa densidade
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PMS - Plano Municipal de Saúde
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TG - Triglicerídeos
UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Equipe Saúde Da Família Silvia Luiza da Cruz.....	04
Figura 2 - Localização Geográfica do Município de Taquaraçu de Minas.....	12
Figura 3 - Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial.....	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Prevalência e Incidência de DCNT no PSF Silvia Luiza da Cruz.....	13
Quadro 2 - Valores de Referências da Diabetes Mellitus.....	17
Quadro 3 -Classificação de peso, de acordo com o IMC.....	22
Quadro 4 -Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos.....	24
Quadro 5 - Valores de Referências do perfil lipídico de 02 a 19 anos.....	24
Quadro 6 - Plano de Intervenção: Operações sobre o “nó crítico” 1: pouco conhecimento sobre os casos de risco de DCNT”	28
Quadro 7 - Plano de Intervenção: Operações sobre o “nó crítico” 2: Baixo nível de informação da população sobre os riscos das DCNT.....	30
Quadro 6 - Plano de Intervenção: Operações sobre o “nó crítico” 3: Hábitos de vida não saudáveis na população.....	32
Quadro 6 - Plano de Intervenção: Operações sobre o “nó crítico” 4: Estrutura do serviço de atendimento às DCNT ineficiente”	34
Quadro 6 - Plano de Intervenção: Operações sobre o “nó crítico” 5: Falta da linha de cuidado e mecanismos de referência e contra referência para hipertensão e Diabetes Mellitus”	36

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	12
2OBJETIVOS.....	14
3. METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO LITERÁRIA.....	15
4. 1 Diabetes Mellitus.....	15
4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	18
4.2.1Benefícios obtidos ao tratar a Hipertensão Arterial em Diabéticos.....	20
4.3 Obesidade.....	20
4. 4 Dislipidemia.....	23
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	.40
ANEXO A Controle Diário de Atendimento Médico.....	42
ANEXO B Controle de Atendimento de Enfermagem.....	43

1 INTRODUÇÃO

O município de Taquaraçu de Minas, está situado na região metropolitana de Belo Horizonte, acerca de 68 Km da capital mineira, com 4.006 habitantes e com uma extensão geográfica de 329,241Km² (IBGE, 2014). Conforme, Plano Municipal de Saúde (2013), a economia da cidade é gerada basicamente pela agricultura e pecuária. O catolicismo é a religião predominante na cidade. A questão política é bem delicada, pois a cidade é praticamente dividida entre dois partidos políticos tradicionais que revezam na gestão e como consequência, geram uma grande “desavença política”.

Figura 2 - Localização Geográfica do Município de Taquaraçu de Minas.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316830&search=||inforgr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 20 abr.2105.

Em relação aos serviços de saúde, o município possui uma Unidade de Urgência com funcionamento de 24 horas durante toda semana, além de duas UBS: uma delas situada na região urbana e o outra na região rural do município, sendo este último o objeto de estudo deste trabalho. A UBS Sílvia Luiza da Cruz é conhecida como “PSF Cumbe”, devido a localidade onde está instalada. Segundo, as informações contidas no SIAB (2015), esta comunidade, possui em média 1.400 habitantes, distribuídos em uma região geográfica extensa, com grande dificuldade de acesso devido à escassez de transporte público. Quanto ao sustento desta população, a maior parte se dá pela pequena agricultura familiar, como plantação de banana e pequenas criações de gado. Em relação às atividades econômicas, podemos citar o alto número de trabalhadores

informais, dados estes obtidos pelo Perfil Produtivo Populacional e Atividade Econômica feito pela Atenção Primária do município no ano de 2014.

Existe ainda um alto índice de analfabetos, principalmente entre pessoas com 40 anos ou mais, o que interfere negativamente no grau de compreensão e agir do paciente frente a sua doença (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Somente uma parte da população recebe a água tratada pela empresa de saneamento de Minas Gerais (COPASA). Parte da população retira a água das cisternas que são feitas próximas das residências, no qual não temos como garantir a qualidade da água. Embora o serviço de saúde forneça hipoclorito de sódio para diluição na água e as orientações sejam repassadas pelos profissionais de saúde, sabemos que muitos destes, ainda não conseguem compreender a importância dos cuidados para ingestão de uma água tratada e com qualidade.

Segundo, o SIAB (2015), a população atendida na UBS é predominante adulta, correspondendo a 73%. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem as principais causas de atendimento em nossa unidade o que se corresponde com estudos realizados nas grandes cidades de Brasil.

Quadro 1 - Prevalência e incidência de DCNT na população do PSF Silvia Luiza da Cruz.

Faixa Etária	Diabetes Mellitus	Hipertensão Arterial	Dislipidemia	Obesidade
Adultos	61	291	43	89
Crianças	0	0	2	6

Fonte: Unidade Básica de Saúde Silvia Luiza da Cruz, 2015.

Entre os adultos com hipertensão arterial 30% dos pacientes foram diagnosticados nos últimos seis meses demonstrando uma alta incidência. Da população adulta que tem Diabetes Mellitus (6,2%), sete foram diagnosticados nos últimos seis meses. Felizmente não temos diabetes e hipertensão em crianças e adolescentes. Contamos com duas crianças, com dislipidemias, e 7,3% da população total é obesa.

Desse modo, este estudo se demonstrou importante, após o início do atendimento diário do profissional médico na Unidade Básica de Saúde Silvia Luiza da Cruz, que percebeu um aumento significativo da demanda de pacientes que foram diagnosticados ou que já estavam sendo acometidos pelas DCNT nos motivando a fazer um estudo com a elaboração do projeto de intervenção. Paz *et al*, (2013, p. 4), aponta sobre a importância deste tipo de intervenção: “Uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade”.

2 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a reduzir a incidência de DCNT na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Sílvia Luiza da Cruz no município de Taquaraçu de Minas.

3 METODOLOGIA

Trata-se da elaboração de um plano de intervenção com vistas à redução da prevalência e incidência das DCNT na comunidade estudada. Para sua elaboração foi utilizada a metodologia proposta por Campos; Faria; Santos (2010) baseada no Planejamento Estratégico Situacional, estudado no Módulo de Planejamento e Ações de Saúde do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

Foram analisadas as fichas de produção diárias (Anexo A e B) padronizadas pelo município e preenchidas pelos profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) que atendem a estes usuários, especificando nos campos próprios da ficha, o nome completo, a idade, tipo de procedimento realizado e o diagnóstico de enfermagem ou médico. A análise das fichas permitiu o diagnóstico da situação de saúde da população atendida na referida UBS. A equipe Rosa do PSF Silvia Luiza da Cruz de Taquaraçu de Minas revisou ainda a estrutura do município e região das áreas adscrita ao PSF realizando o diagnóstico situacional de saúde com a participação da população, utilizando o método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010) identificando os problemas mais importantes que afetam a comunidade.

Foi estabelecida uma ordem de priorização dos problemas que nos permitiu escolher um deles para enfrentamento: a alta incidência e prevalência de enfermidades crônicas não transmissíveis. O problema escolhido foi descrito, explicado e logo selecionamos os “nós críticos” relacionados ao problema para finalmente elaborar o plano de intervenção.

Para construção do plano de ação foi realizada ainda uma revisão bibliográfica do tipo narrativa com busca nas bases de dados: Google Acadêmico, SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com textos completos, publicados em português no período entre 2000 a 2015, disponíveis para leitura. Manuais do Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, Plano Municipal de Saúde, também foram consultados, além do formulário básico da UBS. Utilizamos descritores exatos como: Saúde do Adulto; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Obesidade; Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensão Arterial Sistêmica.

4 REVISÃO LITERÁRIA

As DCNT representadas principalmente pelo diabetes, asma, doença de Alzheimer e hipertensão, não tem cura e se desenvolvem de forma lenta e têm longa duração, sendo seus efeitos percebidos em longo prazo, dificultando a prevenção (AILTON, 2011), constituindo como “umas das principais causas de morte nos países desenvolvidos e a maior carga de morbimortalidade no Brasil” (BRUCE *et al.*, 2012,p.1), causando mortes lentas e com alto comprometimento na qualidade de vida das pessoas afetadas por elas (ANDRADE, 2011).

De acordo com Vigitel (BRASIL, 2013, p.2)

Um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física.

Para Guimarães (2011), o diagnóstico precoce, a adoção hábitos saudáveis que incluem alimentação adequada e prática regular de atividade física e melhor acesso ao tratamento e profissionais de saúde, poderiam prevenir e controlar a maioria das DCNT.

Dentre as inúmeras DCNT, abordaremos, algumas que são mais comuns na Unidade de Saúde Silvia Luiza da Cruz: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia e Obesidade.

4.1 Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus é uma doença endócrino-metabólica caracterizada por elevados valores de glicose no sangue devido a defeitos na produção ou na ação da insulina, hormônio que tem a função de promover a entrada de glicose nas células do organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METOBOLOGIA, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o número de pessoas com DM vem aumentando de forma epidêmica em função do envelhecimento e crescimento da população urbana, do aumento de doenças relacionadas como obesidade, aumento do sedentarismo e mesmo pela possibilidade de maior sobrevida de pacientes com DM, devido ao avanço da indústria farmacêutica.

O comportamento destas doenças é diferente entre os diferentes países e grupos étnicos. No Brasil, o diagnóstico médico de Diabetes incrementa progressivamente em ambos sexos, e a medida que avança a idade, sendo mais acentuada a partir dos 45 anos, chegando a 20% das pessoas com 65 anos ou mais referindo o diagnóstico médico da doença (BRASIL, 2013).

Em se tratando da classificação etiológica, o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), também conhecida como diabetes juvenil é o resultado da destruição de células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina, está presente em 5% a 10% dos casos. Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por autoimunidade, mas existem casos em que não há evidências de processo autoimune, conhecido como forma idiopática de DM1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Segundo, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o DM tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. A maioria dos pacientes com DM2 apresenta sobrepeso ou obesidade. A presença da cetoacidose raramente ocorre de maneira isolada, apenas quando se associa a outras condições como infecções, podendo ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes de DM2 não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado.

Existem ainda, outros tipos específicos de DM que são menos comuns, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados, como defeitos genéticos na função das células beta, ou na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Quanto aos fatores de riscos, muitas das DCNT estão relacionadas ao desenvolvimento da DM, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras doenças cardiocirculatórias, obesidade, sedentarismo, dislipidemia em geral, além da hereditariedade, os maus hábitos alimentares, o consumo excessivo de álcool, a idade, a história obstétrica (macrossomia), diabetes gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) existe evidência epidemiológica de que portadores de diabetes mellitus apresentam risco aumentado para eventos cardiovasculares. As doenças ateroscleróticas, que compreende doença arterial coronariana, doença vascular periférica e doença cerebrovascular são responsáveis por 75% das mortes de indivíduos com DM2, 50% das quais são por Doença Arterial Coronariana.

O Ministério da Saúde (2013) apresenta uma maneira de identificar os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes; são os 4P' S: Poliúria, Polidipsia, Polifagia, Perda de Peso inexplicada, também pode aparecer prurido e em alguns casos infecções recorrentes de pele e genitais, visão turva, fadiga. Os casos complicados podem evoluir acetose, desidratação e acidose metabólica. Mas existem casos que cursam sem sintomas, mais frequente nos casos de DM2.

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso no tratamento, por isso é de suma importância que a pessoa ao apresentar um ou mais sintomas descritos acima, deve procurar

atendimento médico o mais breve possível para que seja realizado uma anamnese e um exame físico bem detalhado, além dos exames laboratoriais. De acordo, com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), os critérios para o diagnóstico são: os sintomas de diabetes (4P's) mais um dos valores, como especificados no quadro abaixo:

Quadro 2 - Valores de Referências para DM.

Tipo	Valor de Referência (mg/DI)
Glicemia casual*	>200 mg/DI
Glicemia em Jejum	>126 mg/DI
Glicemia pós dextrosol	>200 mg/DI

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).

* Glicemia casual é realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

O tratamento deve estar direcionado a garantir um controle metabólico e educação diabética; pode ser não farmacológico: como mudança dos hábitos alimentares, prática de atividade física contínua e minimizar as situações que causam o estresse e o tratamento farmacológico, o que consiste no uso de medicamentos hipoglicemiantes orais isolados, uso das insulinas ou combinados, quando necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) a prevenção primária de DM1 não tem uma base racional que se possa aplicar a toda população. As proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros três meses de vida, já em pacientes com DM2 há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência de DM2. Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando a combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída.

O profissional de saúde deve ficar atento para a prevenção da diabetes. Segundo, a Abeso (2009), as melhores formas para se prevenir a DM são por meio de uma alimentação saudável, práticas de atividade físicas regulares, no geral, uma mudança no estilo de vida. Visando, contribuir para este processo, deve se realizar ações de saúde, como grupos operativos, atividades físicas coletivas com profissionais qualificados, terapias ocupacionais, dentre outros. Segue abaixo uma figura, ilustrando o trabalho da médica e da enfermeira da UBS Silvia Luiza da Cruz, realizando um grupo operativo.

4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo a Revista Brasileira de Hipertensão Arterial (2010, p. 7)

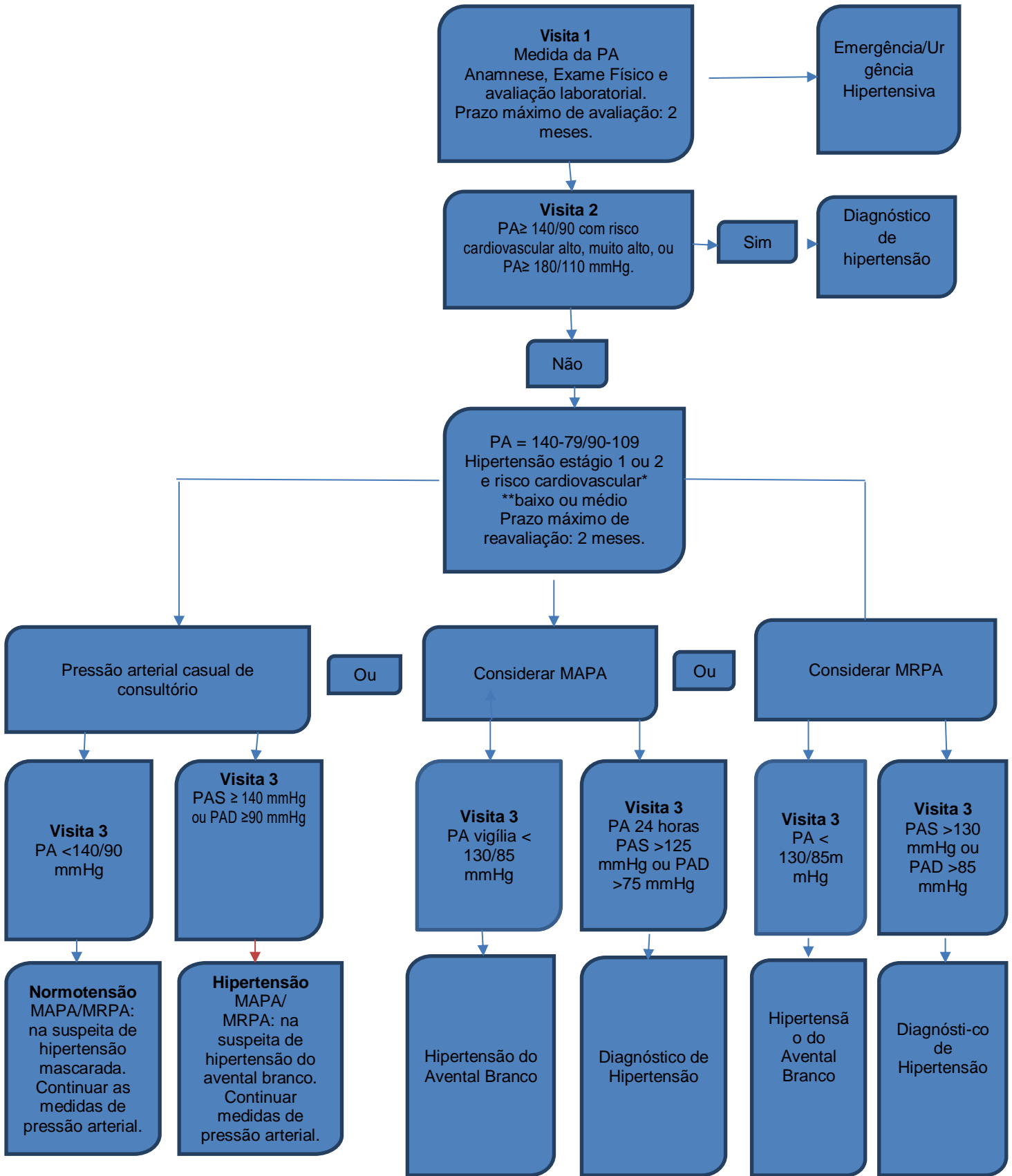
[...] é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Em 2013, o diagnóstico referido de HAS no Brasil foi de 26,3% e 21,5% em mulheres e homens respectivamente sendo maior em pessoas mais velhas e escolaridade reduzidas (VIGITEL, 2013). Devido a estes índices, a dificuldade de controle da doença e pelo auto risco que apresenta para o desenvolvimento de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), morte súbita, insuficiência renal e cardíacas, sendo responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados, HAS é considerada um grave problema de saúde pública (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

A Revista Brasileira de Hipertensão (2010), relaciona a idade, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, elevado consumo de sal, gênero e etnia, dislipidemia, estresse, predisposição genética e fatores socioeconômicos e ambientais como fatores de risco de HAS.

A HAS pode ser classificada, conforme os valores de referências já estabelecidos, como demonstrado na figura a seguir:

Figura 3 - Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial.



Fonte: Revista Brasileira de Hipertensão, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila/Downloads/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA.pdf> Acesso em: 10 abr. 2015.

Conforme, as declarações da Revista Brasileira de Hipertensão, (2010) para decidir uma conduta terapêutica para HAS é importante a estratificação do risco que pode ser baixo, médio, alto e muito alto.

O tratamento não medicamentoso, que inclui a atividade física regular, diminuição da quantidade de sódio na alimentação, controle do excesso de peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool entre outros, é importante em todas as fases da HAS. Os pacientes classificados com risco médio, alto e muito alto de lesão nos órgãos alvos precisam ainda associar o tratamento medicamentoso que é feito por via oral e inicia-se com doses mínimas para cada caso (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Exercícios aeróbicos na maioria dos dias da semana, a manutenção índice de massa corporal (IMC) abaixo de 25kg/m^2 , dieta rica em fibras e baixos teores de gordura são recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014) para prevenção e tratamento da HAS.

De acordo com a Revista Brasileira de Hipertensão (2010), a redução do peso corporal contribui para o controle da PA de forma consistente e significativa. Ressaltamos a importância do trabalho da equipe multiprofissional e das ações de educação permanente na prevenção das complicações.

4.2.1 Benefícios obtidos ao tratar a Hipertensão Arterial em Diabéticos

A hipertensão aumenta o risco de complicações em mulheres e em pessoas com complicações renais e retinianas. “A diminuição de 10 mmHg na PAS em diabéticos do tipo 2 reduz em 12% qualquer complicação relacionada ao diabetes, 11% de infarto de miocárdio e 13% das complicações Microvasculares” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014, p.3.).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014, p.4.)

O tratamento inicial daqueles pacientes com PA > 140 x 90 mmHg deve ser com a classe de drogas que demonstrou redução nos eventos cardiovasculares em diabéticos: inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina, Bloqueadores do Receptor de Angiotensina, Betabloqueadores, Diuréticos, Bloqueadores de Canais de Cálcio.

4.3 Obesidade

A interação de fatores ambientais, com estilo de vida não saudável, fatores socioeconômicos, psíquicos e genéticos, fazem da obesidade uma doença de causas multifatoriais, com alta prevalência no Brasil e no mundo (ABESO, 2009).

Segundo, Vigitel (BRASIL, 2014) considera-se obeso um indivíduo com IMC $\geq 30\text{ kg/m}^2$, calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros. A frequência de excesso de peso e de obesidade aumentou em média, respectivamente, em 1,3% e 0,8% ao ano

desde 2006 a 2013, porém esta tendência de crescimento contínuo de excesso de peso e obesidade pela primeira vez se estabilizou entre 2012 e 2013.

A obesidade é uma doença não transmissível, que tem como características: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e forte componente ambiental (BRASIL, 2006, p.25)

A população brasileira está passando por mudanças no estilo de vida. A questão financeira está ligada diretamente ao aumento da obesidade, pois famílias que antes não tinha condições de consumir certos tipos de alimentos, hoje este acesso já está facilitado e com isso observamos o consumo excessivo de alimentos prejudiciais a saúde, como hambúrgueres, salgadinhos industrializados, fritura, refrigerantes e o açúcar em geral (BRASIL, 2006).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014) aponta que fatores genéticos, hábitos alimentares e questões endócrinas são risco para o desenvolvimento da obesidade e que um equilíbrio entre consumo e gasto calórico pode redefinir o quadro de sobrepeso e obesidade.

O diagnóstico da obesidade pode ser dado por diferentes técnicas utilizadas juntas ou separadamente como: antropometria, circunferência abdominal, avaliação dietética, clínica, laboratorial e psicossocial. Ao realizar o diagnóstico por diferentes técnicas é possível identificar as necessidades do indivíduo e planejar a intervenção necessária. Das medidas citadas a antropometria tem sido a mais utilizada para avaliar as condições nutricionais, pois além da facilidade em realizar ela ainda expressa as medidas corporais (BRASIL, 2006).

Para a Abeso (2009), as medidas antropométricas mais utilizadas para diagnóstico de obesidade e sobrepeso são: medida de massa corporal ou peso ajustado para a altura, conhecido como Índice de Massa corporal (IMC), por sua associação com a ocorrência de doença crônica ou mortalidade. Mais recentemente, tem-se notado que a distribuição de gordura é mais preditiva de saúde. Neste sentido, a circunferência abdominal tem sido um indicativo do aumento do risco sendo a combinação de técnicas o provável método mais eficaz para o diagnóstico de obesidade.

Segue abaixo, o quadro feito pela Abeso (2009), conforme classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente a padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

Quadro3 - Classificação de peso, de acordo com o IMC.

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Comorbidades
Baixo Peso	< 18,5	Baixo
Peso Normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-Obeso	25,0 a 29,9	Aumentado

Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileira de Obesidade, 2009.

O diagnóstico precoce da obesidade é um importante aspecto para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando não exibem os padrões estéticos da sociedade atual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Para o tratamento da obesidade dependerá do grau e da complexidade do caso, ou seja, quanto maior o IMC e as comorbidades relacionadas mais complexas serão as formas de tratamento.

A Abeso (2009), recomenda que os tratamentos com restrição dietética devem ser associados ao aumento do gasto energético por meio de um programa de mudança do comportamento para que tenham mais sucesso e sejam duradouros.

Qualquer dieta prescrita para reduzir peso tem de considerar, além da quantidade de calorias, as preferências alimentares do paciente, o aspecto financeiro, o estilo de vida e o requerimento energético para a manutenção da saúde (ABESO, 2009, p. 35)

A terapia cognitiva comportamental é uma técnica terapêutica auxiliar para o controle de peso, baseada na análise da vida do paciente e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida com o objetivo de implementar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçar a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o conseqüente ganho de peso novamente (ABESO, 2009).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014), afirma que a perda de peso diminui necessidade de drogas hipotensoras e de medicações usadas para tratamento do diabetes. Todavia, em determinadas situações, a única forma de combater a obesidade é por meio da cirurgia bariátrica, sendo a mais indicada nos casos mais complexos e onde os outros tratamentos foram ineficazes. Nestes casos, a cirurgia bariátrica torna-se o último recurso capaz de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida destas pessoas (ABESO, 2009).

É importante ressaltar que o trabalho interdisciplinar é um grande aliado para combater a obesidade porque cada profissional saberá como agir e onde focar para o sucesso do tratamento, mas nada será de grande valia, se o maior interessado, no caso, o paciente obeso, não estiver disposto a mudar os seus hábitos alimentares, seguindo as dietas prescritas pelos profissionais competentes para tal, como a adesão aos exercícios físicos diários, fazer uso correto da medicação,

entre outras ações. Em algumas situações, também é necessário o acompanhamento psicológico, para apoiar as questões psicológicas relacionadas à mudança de comportamento (ABESO, 2009).

Na prevenção da obesidade as UBS, desenvolvem um papel fundamental, promovendo estilos de vida saudáveis, incentivando a prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável através das ações em saúde, grupos operativos e terapias ocupacionais, incluindo também as crianças. Além de garantir um atendimento de qualidade em cada consulta que permitindo identificar os riscos precocemente e agir sobre eles.

Como exemplo, podemos citar uma família atendida na Unidade de Saúde Silvia Luiza da Cruz, composta por 04 pessoas, sendo 02 adultos (Pai e Mãe) e 02 crianças (menina de 10 anos e um menino de 8 anos), todos eles são obesos e durante uma consulta, no qual a mãe levou as crianças para avaliação dos resultados de exames laboratoriais realizados no mês anterior, esta relatou que o consumo de fritura, doces e açúcares (principalmente refrigerante) fazem parte do cardápio diário da família. “Antigamente, não tínhamos acesso a este tipo de comida, mas agora que eu e meu marido estamos trabalhando, podemos comprar tudo que as crianças gostam, e elas adoram refrigerante”. Para o profissional de saúde que ouve este tipo de relato, a situação é delicada porque você precisa conversar com esta família, de forma que eles entendam quais são os riscos que estão expostos e que desperte a vontade de mudar seus hábitos alimentares para terem uma melhor qualidade de vida.

4.4 Dislipidemia

A dislipidemia é descrita pela Anvisa (2011), como uma alteração dos níveis séricos dos lipídeos. As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) baixo e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares. De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolêmica isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidêmica mista e HDL-c baixo.

Dentre os fatores de risco primário, podemos mencionar os fatores genéticos, os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo. Os fatores secundários, podem ser por causa de outras doenças (Insuficiência Renal Crônica, Síndrome Nefrítica, Hipotireoidismo, dentre outras) e uso de alguns medicamentos como os corticoides, tiazidas, amiodarona, beta bloqueadoras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O diagnóstico é laboratorial, baseado nos valores de referência, conforme quadro abaixo.

Quadro 4 - Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos.

LIPIDES	VALORES (mg/dl)	CATEGORIA
Colesterol Total	< 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL- C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto
HDL - C	> 60	Desejável
	< 40	Baixo
Triglicérides	<150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito Alto
Colesterol Não - HDL	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileira de Obesidade, 2009.

Quadro 5 -Valores de Referências do perfil lipídico de 02 a 19 anos diretriz dislipidemia

LIPIDES	VALORES (mg/dl)	CATEGORIA
Colesterol Total	< 150	Desejável
	150-169	Limítrofe
	≥ 170	Alto
LDL- C	< 100	Ótimo
	100-129	Limítrofe
	130	Alto
HDL - C	> 45	Desejável
Triglicérides	<100	Desejável
	100-129	Limítrofe
	≥ 130	Alto

Fonte Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileira de Obesidade, 2009.

Dependendo da situação, não é sempre necessário o tratamento medicamentoso, mas para tal, é fundamental que o paciente se esforce e mude o seu estilo de vida, os hábitos alimentares e pratique atividade física.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014), uma alimentação adequada, sobretudo com baixo teor de gorduras saturadas, perda de peso para os portadores de sobrepeso ou obesidade, bem com atividade física regular reduzem o risco para aterosclerose e, seguramente, fazem parte do tratamento dos portadores dessa doença. Naqueles indivíduos que não atingem as metas de lipídeos apenas com modificações comportamentais, o uso continuado de drogas hipoglicemiantes, que reduzem os lipídeos, ou seja, colesterol e triglicérides, é prática indispensável. Na Unidade de saúde em questão, o mais usado é a Sinvastatina, pois é fornecida pelo SUS e tem um custo baixo, ou seja, mais acessível à população atendida e atinge os resultados esperados.

Uma das formas de prevenção é o rastreamento, porque existem pessoas com pré-disposição para dislipidemia, devido os fatores genéticos. Além disso, devemos promover a saúde com ações educativas e permanentes, realizar busca ativa de pacientes que há muito tempo não fazem exames de rotina, incentivar a atividade física regular e a alimentação saudável, o abandono do tabagismo e o alcoolismo e o controle das doenças secundárias, como a obesidade, por exemplo.

Segundo Vigitel (2014), no Brasil o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças aumentou, assim como a frequência de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada, mas por outro lado, a frequência de indivíduos que acumulam os mesmos 150 minutos semanais de atividade caminhando ou indo de bicicleta para o trabalho ou para escola, por exemplo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), pacientes com DM2 são frequentemente portadores de uma série de fatores de risco para doenças aterotrombóticas, entre os quais a dislipidemia provavelmente exerça o papel mais importante é por isso tão importante que o paciente diabético realize exame pelo menos uma vez por ano.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para elaboração do plano de intervenção foi realizado um diagnóstico situacional, que segundo Campos, Faria e Silva (2010), deve identificar os principais problemas de saúde do território, priorizando os mais importantes e com maior capacidade de enfrentamento pela equipe.

Os principais problemas encontrados na Unidade Básica de Saúde Silvia Luiza da Cruz foram:

- Alta incidência e prevalência de pacientes que fazem uso de tabaco e álcool;
- Alta incidência e prevalência de pacientes com parasitismo intestinal;
- Alta prevalência de pacientes com alguma forma de retardo mental;
- Dificuldades com o transporte;
- Dificuldades com a comunicação;
- Desemprego;
- Deficientes serviços de esgotos;
- Deficientes Serviços de abastecimento de água;
- Baixo nível de preparação das ACS e técnica de enfermagem (não recebem cursos de capacitação);
- Alta incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A equipe considerou como prioritário o problema “Alta incidência de DCNT na UBS Silvia Luiza da Cruz. Após a priorização do problema foram levantados pela equipe os “nós críticos” relacionados ao problema priorizado:

- Pouco conhecimento sobre os casos de risco de DCNT
- Baixo nível de informação da população sobre os riscos das DCNT

- Hábitos de vida não saudáveis na população
- Estrutura do serviço de atendimento às DCNT ineficiente
- Falta da linha de cuidado e mecanismos de referência e contra referência para Hipertensão e Diabetes Mellitus

A partir do levantamento dos nós críticos relacionados à alta incidência de DCNT na referida UBS e com base na literatura consultada foi possível elaborar o plano de intervenção que se segue.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1: “pouco conhecimento sobre os casos de risco de DCNT” relacionado ao problema “alta incidência de DCNT, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Silvia Luiza da Cruz.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento sobre os casos de risco de DCNT
Operação	Rastreamento dos casos de risco e DCNT na comunidade
Projeto	“Conhecer para Cuidar”
Resultados esperados	Diagnóstico precoce de 95% dos pacientes portadores de DCNT
Produtos esperados	Pesquisa permanente de toda a comunidade
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitárias de saúde, médico, enfermeira e técnico de enfermagem e nutricionista
Recursos necessários	Estrutural: Organização do processo de trabalho da equipe para: 1). Controlar de PA a todos os usuários maiores de 15 anos em visita domiciliar, pelo menos uma vez por ano; 2). Avaliação nutricional de todos os pacientes que procuram atendimento; 3). Realizar exames de rotina que incluíam colesterol, triglicérides, glicose, ureia, creatinina, ECG, pelo menos uma vez por ano.

	<p>Financeiro: Para garantir materiais e recursos necessários para as pesquisas</p> <p>Político: Intersetorialidade entre todos os organismos governamentais e não governamentais para apoio</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: Para garantir materiais necessários para as pesquisas</p> <p>Político: Intersetorialidade entre todos os organismos governamentais e não governamentais para apoio</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário da Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Não tem necessidade porque o secretário de saúde é favorável ao projeto.
Responsáveis:	Enfermeira e Médica da unidade Silvia Luiza da Cruz, com participação ativa da equipe.
Cronograma / Prazo	<p>Prazo: 2015- 2018</p> <p>Setembro – outubro 2015: Elaboração do projeto: “Conhecer para cuidar”</p> <p>Outubro 2015: Apresentação do projeto</p> <p>Novembro 2015: Consulta com os parceiros.</p> <p>Novembro-dezembro 2015: Formulação dos planos de trabalho para a implantação do projeto, bem como a captação de recursos para sua execução.</p> <p>2015- 2016: Avaliação das execuções e avanços com êxito do projeto.</p> <p>2017: apresentar um relatório.</p> <p>2018: Comunicar aos Órgãos Diretivos a avaliação final do Plano de Ação.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão colegiada com acompanhamento trimestral e avaliação sistemática.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 2: Baixo nível de informação da população sobre os riscos das DCNT relacionado ao problema “alta incidência

de DCNT, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Silvia Luiza da Cruz, em Taquaraçu de Minas”.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população sobre os riscos das DCNT
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de doenças crônicas não transmissíveis.
Projeto	‘Aprendendo a aprender’
Resultados esperados	População, mas informada sobre os riscos de doenças crônicas não transmissíveis.
Produtos esperados	Capacitação de ACS e cuidadores. Programa de saúde escolar Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de doenças crônicas não transmissíveis. Campanhas Educativas diante os meios de comunicação
Atores sociais/ responsabilidades	Comunidade, Escolas (programa saúde de escola), grupos operativos, líderes informais da comunidade, funcionários de comércios e indústrias, comunicadores sociais
Recursos necessários	Estrutural: Organizar a agenda de trabalho para realizar as atividades: -Capacitação e atualização da equipe e as ACS, diante o processo de educação permanente; -Realização de palestras na escola para estudantes e funcionários; -Conversa tório matutino com os pacientes antes de começar as consultas; -Trabalhos com os grupos operativos; -Conversa tórios durante as visitas domiciliares, Acolhimento e consultas individuais; -Elaboração de material de informação e orientação como Panfletos, Folder,

	<p>Cartaz, Cartilhas com informações educativas praticas para a comunidade.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema, e estratégias de comunicação.</p> <p>Financeiro: Será requerida cooperação técnica e financeira com todas as organizações e instituições</p> <p>Político: Articulação Inter setorial.</p>
Recursos críticos	<p>Recurso Crítico Político: Articulação Inter setorial.</p> <p>Recurso crítico Cognitivo: Informação sobre o tema, e estratégias de comunicação</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de Saúde, educação, comunicação, prefeitura</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Não há necessidade de usar nenhuma estratégia de motivação
Responsáveis:	Enfermeira da unidade Silvia Luiza, da Cruz, com apoio da equipe de saúde
Cronograma / Prazo	<p>Prazo: 2015- 2018.</p> <p>Setembro – outubro 2015: Elaboração do projeto: “Aprendendo a aprender”</p> <p>Novembro 2015: Apresentação do projeto</p> <p>Dezembro 2015: Consulta com os parceiros e formulação dos planos de trabalho para a implantação do projeto</p> <p>2015- 2016: Avaliação das ações e avanços com êxitos do projeto</p> <p>2017: Prestar contas do progresso do projeto</p> <p>2018: Comunicar aos Órgãos Diretivos a avaliação final do Plano de Ação.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão colegiada com acompanhamento quadrimestral e Avaliação sistemática

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico” 3: Hábitos de vida não saudáveis na população, relacionado ao problema “alta incidência de DCNT, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Silvia Luiza da Cruz, em Taquaraçu de Minas.

Nó crítico 3	Hábitos de vida não saudáveis na população
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida dos moradores
Projeto	“Viver mais e melhor”
Resultados esperados	Reduzir em um 15% o número de obesos, sedentários e tabagistas.
Produtos esperados	-Programa de caminhadas orientadas - Palestras sobre nutrição e hábitos alimentares saudáveis, redução de sal, cessação do uso do tabaco e álcool. -Campanha Educativa diante os meios de comunicação
Atores sociais/ responsabilidades	Grupos educativos, estudantes e funcionários de escolas, igrejas, comerciantes, processadores de alimentos, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, cuidadores.
Recursos necessários	Estrutural: Planejar o processo de trabalho da equipe com programas de caminhadas, academias de saúde, palestras, aulas de nutrição. As atividades propostas são: - Realização de palestras na escola para estudantes e funcionários; - Conversa matutina coletiva com os pacientes antes de começar as consultas; -Conversa tório individual com cada paciente e sua família nas consultas e visitas domiciliares; - Trabalhos com os grupos operativos. - Difusão de informação a traves de o jornal municipal;

	<p>- Elaboração de material de informação e orientação como Panfletos, Folder, Cartaz, Cartilhas com informações educativas práticas e de fácil compreensão para a comunidade.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema, e estratégias de comunicação.</p> <p>Financeiro: Para garantir os recursos e meios para o desenvolvimento das tarefas, como: Data show, televisão, folhetos educativos, portfólios, cartazes etc.</p> <p>Político: Garantir um espaço nos meios de comunicação, mobilização social, articulação Inter setorial.</p>
Recursos críticos	<p>Recurso Crítico Político: Garantir um espaço nos meios de comunicação, mobilização social, articulação Inter setorial.</p> <p>Recurso Crítico Financeiro: Garantir recursos e meios para o desenvolvimento das tarefas</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Setor de comunicação social . Secretário da Saúde . Prefeito <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Não tem necessidade
Responsáveis:	Enfermeira com a parceria da equipe e participação da nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta,
Cronograma / Prazo	<p>Prazo: 2015- 2018. Outubro 2015: Elaboração do projeto: “Viver mais e melhor”</p> <p>Novembro 2015; Apresentação do projeto</p>

	<p>Dezembro 2015: Consulta com os parceiros e formulação dos planos de trabalho para a implantação do projeto.</p> <p>2016: Apresentar informação sobre as execuções e avanços com êxito do documento.</p> <p>2017: apresentar um relatório de progresso do projeto.</p> <p>2018: Comunicar aos Órgãos Diretivos a avaliação final do Plano de Ação.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão colegiada com avaliação e acompanhamento quadrimestral

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico” 4: Estrutura do serviço de atendimento às DCNT ineficiente” relacionado ao problema “alta incidência de DCNT, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Silvia Luiza da Cruz, em Taquaraçu de Minas. ”

Nó crítico 4	Estrutura do serviço de atendimento às DCNT ineficiente
Operação	Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.
Projeto	“Saúde para todos”
Resultados esperados	Garantir as consultas, medicamentos, exames de laboratório e outros exames, para o 85 % de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, compra de medicamentos para distribuição gratuita aos portadores de DCNT, contratação de compras de exame e consultas especializadas.
Atores sociais/ responsabilidades	Comunidade, a equipe, Assistência social, fisioterapeuta.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Planejar o processo de trabalho para exigir dos órgãos competentes:</p> <p>-Convênio com as autoridades pertinentes para melhorar em número e quantidade a pratica da fisioterapia.</p>

	<p>-Garantia transporte para o traslado dos pacientes que requerem assistir a consultas especializadas ou fazer exames fora do município;</p> <p>-Redução o tempo para agendamento das consultas especializadas e exames de laboratório;</p> <p>-Melhoria a estrutura construtiva da unidade para garantir as reuniões da equipe e trabalho com grupos educativos.</p> <p>Cognitivo: Elaboração do projeto de adequação.</p> <p>Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.</p> <p>Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.</p>
Recursos críticos	<p>Recurso Crítico Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.</p> <p>Recurso Crítico Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde, Prefeito, Secretário de obras públicas</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e discutir a sua viabilidade
Responsáveis:	Enfermeira, médica e a equipe toda, com apoio da administração
Cronograma / Prazo	<p>Prazo: 2015- 2018.</p> <p>Elaboração do projeto: “Saúde para todos”</p> <p>Setembro – outubro 2015: Apresentação do projeto</p> <p>Dezembro 2015: Consulta com os planejadores e executores</p>

	<p>Janeiro 2016: Desenvolvimento da estrutura de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações.</p> <p>Júlio 2016: Avaliação das execução e avanços do projeto, indicando as correções necessárias.</p> <p>2017: apresentar um relatório sobre o andamento e progressos do projeto</p> <p>2018: Comunicar aos Órgãos Diretivos a avaliação final do Plano de Ação.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão colegiada com acompanhamento semestral e avaliação sistemática.

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico” 5: Falta da linha de cuidado e mecanismos de referência e contra referência para hipertensão e Diabetes Mellitus, ” relacionado ao problema “alta incidência de DCNT, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Silvia Luiza da Cruz, em Taquaraçu de Minas”

Nó crítico 5	Falta da linha de cuidado e mecanismos de referência e contra referência para Hipertensão e Diabetes Mellitus
Operação	Estabelecer as linhas de cuidado para pacientes com DM e HAS, incluindo os mecanismos de referências e contra referências
Projeto	“Por uma vida mais digna”
Resultados esperados	Cobertura de 85% da população portadores de diabetes e hipertensão.
Produtos esperados	<p>Gestão para linha de cuidados implantada.</p> <p>Protocolos implantados para acompanhamento as DCNT</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p> <p>Regulação implantada</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe rosa com as seguintes responsabilidades:

	<p>-Consolidar a rede hiperdia;</p> <p>-Estratificação dos portadores;</p> <p>-Encaminhamento para o centro integrado de referências secundária dos casos mais complexos; para o cuidado oportuno e eficaz, especializado.</p> <p>-Elaboração de plano de cuidado individualizado, interdisciplinares e compartilhado com atenção secundária.</p> <p>-Confecção de réplicas manuscritas, com letra maior e clara da medicação e indicações médicas;</p> <p>-Passar ofício ao CRAS para garantir os cuidados dos pacientes com DCNT que moram sozinhos.</p> <p>-Responsabilização dos usuários pelos seus cuidados;</p> <p>-Estabelecimento e monitoramento de metas.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: Adequação de fluxos (referências e contra referências).</p> <p>Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidados e de protocolos.</p> <p>Financeiro: Transporte de pacientes</p> <p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
Recursos críticos	<p>Recurso Crítico Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Transporte de pacientes</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de Saúde, Coordenador de atenção primária de saúde, Prefeito, Secretario de transporte.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e discutir a sua viabilidade

Responsáveis:	Enfermeira gestora, com apoio da equipe e administração e coordenador de atenção primária
Cronograma / Prazo	<p>Prazo: 2015- 2018.</p> <p>Novembro 2015: Elaboração do projeto:“Por uma vida mais digna”</p> <p>Dezembro 2015: Apresentação do projeto</p> <p>Dezembro 2015: Consulta das propostas com os parceiros</p> <p>Dezembro 2015: Formulação dos planos de trabalho para a implantação do projeto, com o planejamento dos recursos necessários para sua execução.</p> <p>Junho e dezembro 2016: Avaliação da execução e avanços do projeto.</p> <p>2017: apresentar um relatório de progresso ao Conselho Diretor.</p> <p>2018: Comunicar aos Órgãos Diretivos a avaliação final do Plano de Ação.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão colegiada com avaliação sistemática e acompanhamento semestral

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis estão se tornando cada dia mais um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Vimos no decorrer deste trabalho os diversos fatores que interferem no crescimento significativo da DCNT e a importância de que todos os níveis de atenção estejam interligados na rede e que principalmente a Atenção Básica, onde é a porta de entrada para o usuário, esteja engajada nas ações de prevenção e promoção a saúde, detecção precoce e nos casos em que já há a patologia instalada, para que o controle e acompanhamento sejam feitos de perto pelas equipes de saúde, como propõe a equipe de saúde da Unidade Silvia Luiza Pinto.

Quando realizamos atendimento a um paciente, devemos ter um olhar diferenciado, um olhar holístico, ou seja, devemos avaliar o paciente fisicamente, psicologicamente, a sua família e o meio que está inserido para que as condutas sejam tomadas de forma específica para cada caso, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida do indivíduo.

O plano de intervenção proposto pode ser de grande valia no processo de organização dos serviços/ações voltadas para que seja reduzida de fato a incidência de DCNT, considerando que as ações previstas podem de fato modificar o estilo de vida das pessoas atendidas na UBS.

Ações desta natureza devem ser realizadas e divulgadas no meio acadêmico para que haja a troca de experiências entre os profissionais, melhorando não somente a prática destes, mas o atendimento à população.

REFERÊNCIAS

AILTON, C.A.J, GUIMARÃES, M.. **O Desafio de consolidar a rede de hipertensão e diabetes em Minas Gerais**: Construindo Redes de atenção à Saúde. Out. 2011.

ANDRADE, G, F.D. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 3. ed. São Paulo: ABESO, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Saúde e Economia. **Dislipidemia**. ed. 6. Brasília: ANVISA, ano III. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Gerais do Município**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316830&search=||info gr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, v.36. 2013.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, v.15. 2006.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Caderno de Atenção Básica. Brasília, v.12. 2006.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Brasília. 2011.

BRASIL. Secretária de Vigilância em saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. ed.1. Brasília: VIGITEL. 2013, p. 2, 7, 92, 94, 98. Disponível em: file:///C:/Users/Priscila/Downloads/vigitel-2013%20(1).pdf. Acesso em: 30 maio. 2015.

BRASIL. **Sistema de informação da atenção básica**. Brasília, 2015.

BRUCE, B. D. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação**. Porto Alegre, p. 1, 105-176. 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e Avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizontes. NESCON/UFMG, 2010

PAZ, A.A.M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local**. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania com ênfase em EJA. Brasília, 2013.

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1. Jan/mar. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Priscila/Downloads/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA.pdf> Acesso em: 10 abr. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Atenção Primária. **Atividade econômica do município**. Taquaraçu de Minas, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Atenção Primária. **Perfil produtivo populacional**. Taquaraçu de Minas, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde**. Taquaraçu de Minas. 2013. 3 p.


SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **V diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose**. Rio de Janeiro, vol. 101, n. 4. Supl. 1, out. 2013. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/v_diretriz_brasileira_de_dislipidemias.pdf>. Acessado em: 31 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, Rio de Janeiro 2013-2014. 1, 18-116, 123. p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Dislipidemia e aterosclerose**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/dislipidemia-e-aterosclerose/>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ANEXO A – Controle Diário de Atendimento Médico




**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE
TAQUARAÇU DE MINAS**

CONTROLE DIÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

NOME: _____

UNIDADE DE SAÚDE: PS _____ DS _____ AM _____ FC _____ DADO: _____



SUS
Sistema Único de Saúde

CROZINHA	RAZÃO CITA	NOME	IDADE				CONVÊNIO	EMPREGADO		CÓDIGO ATEND.	EXAMES PEDIDOS	EXAMINADOS	RETORNO
			1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 14 ANOS	15 a + ANOS		+	Outros				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

RESUMO

Total atendidos em 01/05: _____

Total de 1 a 4 anos: _____

Total de 5 a 14 anos: _____

Total de 15 a + anos: _____

RESUMO

1 - Saúde:

2 - Com doenças secundárias ou pré-existent:

3 - Com doenças crônicas:

4 - Sem diagnóstico firmado:

Total de que não foram atendidos em atendimento:

Total de que não foram atendidos em atendimento:

