

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de medicina. Núcleo de educação em saúde coletiva**  
**Curso de especialização gestão do cuidado em saúde da família**

Matheus Caldeira Brant Lessa

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE ALVARENGA , CORINTO , MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Matheus Caldeira Brant Lessa

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE ALVARENGA , CORINTO , MINAS GERAIS**

**Versão final**

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

Orientadora: Profa. Dra. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Belo Horizonte

2020

L638p Lessa, Matheus Caldeira Brant.  
Plano de intervenção para o controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis dos pacientes assistidos pela Unidade Básica de Saúde Alvarenga, Corinto, Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Matheus Caldeira Brant Lessa. - - Belo Horizonte: 2020.  
32f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Liliane da Consolação Campos Ribeiro.  
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. Estratégias de Saúde Nacionais. 4. Doenças não Transmissíveis. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Ribeiro, Liliane da Consolação Campos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: QZ 185

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos dezenove dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família - CEGCSF - se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno MATHEUS CALDEIRA BRANT LESSA "PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALVARENGA, CORINTO, MINAS GERAIS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. EUGENIO MARCOS ANDRADE GOULART e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE, O TCC foi aprovado com a nota 80.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEESF no dias dezenove de Setembro, do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 22 de junho de 2023.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 23/06/2023, às 07:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2406607** e o código CRC **B371A628**.

## **DEDICO**

Dedico este trabalho aos meus pais Gil e Ivone, meu irmão Alexandre, minha esposa Thiara, minha avó Terezinha e demais familiares que com todo apoio, amor e carinho não mediram esforços para que eu chegasse até aqui

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, o dono da vida e da sabedoria, que me sustentou até aqui e me concedeu conhecimento e a oportunidade de aperfeiçoá-lo.

Aos preceptores pela ajuda de contribuição na conclusão deste curso e deste trabalho.

Aos gestores e colegas de trabalho do município de Corinto/MG.

Aos meus pais Gil e Ivone, ao meu irmão e a minha esposa Thiara, por sempre acreditarem em mim e incentivarem minha busca pelo conhecimento.

Aos pacientes, pela compreensão e confiança.

A todos aqueles que de diferentes formas contribuíram na realização deste curso.

## RESUMO

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alvarenga, em Corinto/Minas Gerais mostrou que 20% da comunidade atendida apresenta alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). Cientes deste alto número e da importância de se propor soluções para este problema, este trabalho tem o objetivo elaborar um plano de intervenção com o intuito de controlar as doenças crônicas dos pacientes assistidos pela UBS Alvarenga na cidade de Corinto – MG. O plano de intervenção seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional e para sua fundamentação, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram propostos dois projetos e espera-se com sua implementação que os usuários com DCNT melhorem sua qualidade de vida e também que a incidência das DCNT diminua.

Palavras Chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

At basic health unit Alvarenga, in Corinto / MG, data were collected and 20% of the community served in the community has some Chronic Non communicable Disease (CNCD). Aware of the high number, this work aims to develop an intervention plan in order to control the chronic diseases of patients assisted by UBS Alvarenga in the city of Corinto - MG. A situational diagnosis was carried out, which brought us the data of how many patients already had the disease and, subsequently, the training of the entire team for correct awareness of the population. With the projects carried out we hope that the quality of life of the community will improve and the incidence of NCDs will decrease.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da UBS Alvarenga .....	16
Quadro 2- Número de usuários com doenças crônicas não transmissíveis cadastrados na UBS Alvarenga .....	24
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema do elevado número de pacientes com doença crônica não transmissíveis (DCNT).....	26
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema do elevado número de pacientes com doença crônica não transmissíveis (DCNT).....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde .....	13
1.3 Aspectos da comunidade .....	13
1.4 A UBS Alvarenga.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da UBS Alvarenga .....	14
1.6 O funcionamento da UBS Alvarenga.....	14
1.7 O dia a dia da equipe .....	15
1.8 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	15
1.9 A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	15
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 Objetivos gerais.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>21</b>
5.1 Estratégia Saúde da Família .....	21
5.2 Atenção Primária à Saúde.....	22
5.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis .....	22
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)</b> .....	<b>24</b>
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) .....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	25
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	25
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>29</b>

## **1INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Corinto é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2018 é de 23.797 habitantes. Corinto, Centro Geográfico de Minas Gerais, é parte integrante da região do Médio Rio das Velhas, na zona do Alto São Francisco. A cidade é conhecida como "A terra dos cristais" e "Centro das Gerais" (IBGE, 2019).

Sua história nos mostra que sua origem foi devido aos tropeiros e condutores de grandes manadas de gado passarem, forçosamente, pelo local onde hoje se localiza, hoje, a Cidade, surgindo, conseqüentemente, pequenos currais de descanso e recuperação do gado e pousada de tropeiros. Nasceu, assim, pequeno aglomerado de casas e simples comércio. Lentamente, encantados com a topografia e o clima da região, foram chegando pessoas, fixando-se e constituindo famílias, iniciando-se, dessa forma, a ocupação do território e desenvolvimento do povoado. O topônimo Corinto originou-se de sugestão do tipógrafo e jornalista Antônio Pertence, inspirado, com certeza, na cidade grega do mesmo nome. Sua economia esta baseada na agricultura e na pecuária (IBGE, 2019).

.A área do município é de 2.525,397 km<sup>2</sup>. A sua emancipação deu-se por conta de lei Estadual nº 843, de 7 de setembro de 1923, sendo instalada no ano seguinte, havendo dúvidas se no dia 20 do mês de junho ou de julho daquele ano (IBGE, 2019).

Nacidade, no passado, existiam festejos tradicionais como o Carnaval, Forró da Cidade, a Folia de Reis, os Quadros Vivos que são realizados na Semana Santa, a trezena de Santo Antônio, a novena de Nossa Senhora Aparecida e a novena da padroeira da cidade Nossa Senhora da Imaculada Conceição.

O auge econômico de Corinto se deu nos arredores da década de 70, quando a cidade possuía uma estação de trem de passageiros bastante movimentada. Após a desativação da linha ferroviária, a circulação de pessoas pela cidade caiu bastante. A economia atualmente se baseia na agropecuária e em menor grau, na indústria e na extração de cristais e pedras semipreciosas(CORINTO, 2019).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O município dispõe das referências e contra referências com a policlínica onde são realizadas as consultas com especialistas. As unidades de atenção básica realizam os encaminhamentos para os especialistas. Existe uma lista de espera para cada um dos especialistas. Porém não ocorre à contra referência para as unidades básicas de saúde. Não existem outras pontes de atenção nos municípios.

As gestantes de alto risco realizam acompanhamento em município vizinho. O modelo de atenção à saúde é em redes, tentando fazer de maneira ordenada e coordenada entre atenção básica e especialistas com o objetivo de alcançar a integridade e qualidade da atenção.

O município conta ainda com os seguintes pontos de atenção, segundo dados coletados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) disponibilizados na prefeitura:

- Atenção Primária à Saúde - Composto por sete Unidades Básicas de Saúde em área urbana e um em área rural com equipe de saúde completa e uma unidade de farmácia (CORINTO, 2019)

- Pontos de Atenção à Saúde Secundários –Policlínica de Corinto com especialidades. (ortopedia, pediatria, ginecologia, cardiologia e cirurgia geral)

- Pontos de Atenção à Saúde Terciários –Pronto Atendimento Deusdeth Ferreira Corinto com funcionamento de 24 horas.

- Sistemas de Apoio: O município dispõe de serviços básicos como mamografia, ultrassonografias, raios-X, exames laboratoriais, prevenção do colo do útero e assistência farmacêutica através da farmácia popular.

- Sistemas Logísticos: O transporte em saúde do município se dá apenas para os usuários do sistema para tratamento fora do município. O transporte de urgência é realizado pelas ambulâncias municipais quando são necessárias as transferências para Hospital Imaculada em Curvelo-MG.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

O bairro Alvarenga, na cidade de Corinto, conta com uma população na área de abrangência de 3400 pessoas. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) é possível marcar consultas para as áreas de Clínica Geral e Psicologia. Além disso, as unidades também estão preparadas para fornecer cuidados relacionados a Odontologia e Enfermagem.

Em paralelo à prevenção de doenças, uma Unidade Básica de Saúde atua em outras frentes primordiais para proteger a saúde dos cidadãos, como fornecer diagnóstico preciso e oferecer tratamento e reabilitação adequados aos pacientes.

A estrutura de saneamento básico na área é razoável, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Nas últimas administrações ocorreram, mesmo que pouco, investimentos em escolas e creches.

#### **1.4 A UBS Alvarenga**

A Unidade Básica de Saúde Alvarenga foi inaugurada há cerca de 15 anos e recentemente foi reformada toda a estrutura. Está localizada em umas das ruas principais da cidade que faz a ligação com o centro da cidade. É uma unidade planejada, bem estruturada e conta com dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacinação, sala para esterilização de materiais, sala de reunião dos agentes de saúde, sala ampla para reuniões, quatro banheiros, copa e ampla recepção. A área destinada à recepção, por ser ampla, não ocorre tumulto na Unidade.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, conta com todos os equipamentos básicos para o devido atendimento aos usuários.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da UBS Alvarenga**

A equipe de saúde da UBS Alvarenga é composta por nove ACS, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma cirurgiã dentista, um técnico em higiene bucal, um médico e uma gerente administrativa

#### **1.6 O funcionamento da UBS Alvarenga**

A Unidade de Saúde funciona das 7h00 às 16h00 e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Esse fato

tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre a enfermeira da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem.

### **1.7 O dia a dia da equipe**

O tempo da Equipe do ESF Alvarenga está ocupado quase que exclusivamente com o agendamento das consultas pelos agentes de saúde comunitária e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe desenvolve também ações de saúde, como grupos de hipertensos e diabéticos. Essas iniciativas conseguiram despertar o interesse da comunidade e os usuários conseguem seguir participando das reuniões e o trabalho segue produtivo.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu manter mensalmente e com marcação antecipada das mesmas para participação efetiva pelos usuários. Mensalmente ocorreu uma reunião entre todos da equipe para a realização de uma avaliação do trabalho. Mesmo com a demanda elevada e região extensa a reunião mensal tem sido de grande ajuda para o planejamento e resolução de problemas cotidianos da equipe de saúde.

### **1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UBS Alvarenga e conversa entre os membros da equipe identificamos alguns problemas como:

1. Elevado número de pacientes com doença crônica não transmissível (DCNT).
2. Renovação das medicações de uso contínuo sem as reavaliações necessárias.
3. Área de abrangência extensa.

### **1.9 Priorização dos problemas- seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)**

Dentre os problemas anteriormente citados, a equipe priorizou “o elevado número de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Alvarenga, município de Corinto , MG

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência** (0 a 10)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção****</b>
Elevado número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Alta	8	Parcial	1
Renovação das medicações de uso contínuo sem as reavaliações necessárias	Alta	7	Parcial	2
Área de abrangência extensa	Alta	6	Parcial	3

Fonte: Do autor, 2019.

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenados considerando os três itens

Os maus hábitos de vida, a melhora nas condições financeiras da população, o estresse e ansiedade excessivos são fatores que aumentam a probabilidade de ter ou vir a ter uma doença crônica não transmissível.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, tendo em vista o grande quantitativo de pessoa com doenças crônicas, vem desenvolvendo diretrizes metodologias e instrumentos de



apoio às equipes de Saúde bem como buscando estratégias para que o trabalho estabeleça (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde diz que:

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014, p.17).

O Diabetes, assim como a Hipertensão Arterial é uma doença crônica não transmissível e, ao serem atendidos usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS) ,principalmente, quando se trata do atendimento das complicações agudas da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, elas podem ser melhor dirigidas uma vez que os profissionais da equipe conhecem o usuário, seus problemas de saúde, os medicamentos que vem tomando (BRASIL, 2014).

A unidade básica de saúde UBS Alvarenga, localizada na cidade Corinto – MG, através do diagnóstico situacional pode identificar que cerca de 685 usuários cadastrados estão com alguma doença crônica não transmissível, correspondendo a 20% dos usuários cadastrados, valor fora esperado para a população.

Sabendo disso, a equipe de saúde da família da unidade considerou importante a elaboração de plano de intervenção para controlar as doenças crônicas não transmissíveis na comunidade.

### **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção com o intuito de controlar as doenças crônicas dos pacientes assistidos pela UBS Alvarenga na cidade de Corinto – MG.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Promover os bons hábitos e estilo de vida;
- Criar ações voltadas para a prevenção das doenças crônicas;
- Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde para a promoção de ações voltada as doenças crônicas.

## **4 METODOLOGIA**

Para estruturar o plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que nos possibilitou identificar e priorizar o problema nos qual iríamos enfrentar, assim o descrevemos, explicamos e identificamos os nós críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O plano de intervenção foi construído a partir da seleção e análise dos problemas enfrentados pela comunidade. Na unidade o problema que foi selecionado como prioritário foi o alto índice de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a etapa seguinte foi a descrição do problema. Para descrever o problema priorizado foram utilizados dados do E-SUS, e dados da própria equipe que foram produzidos através de diferentes fontes de obtenção, tais como fichas de cadastramentos, mapa de acompanhamento de diabéticos, hipertensos e idosos. Logo após foi realizada a explicação do problema, e o passo seguinte foi o planejamento das ações.

O planejamento das ações foi dividido em etapas:

- A primeira etapa foi a realização de pesquisa bibliográfica na Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico entre outros, para assim ter embasamento para capacitar a equipe, para que a mesma estivesse preparada para levar as informações corretas aos pacientes e responder todas as dúvidas.

- A segunda etapa foi o planejamento das ações que aconteceu juntamente com a primeira etapa. A equipe se reuniu periodicamente, mais especificadamente às sextas-feiras das 14h00 às 16h00. Os primeiros encontros foram somente para a capacitação, quando a equipe já estava preparada começamos as ações.

- A terceira etapa será a execução do plano, que será realizada através de ações educativas na própria unidade. A primeira ação contará com a participação da nutricionista do município, ela falará sobre a importância do controle do peso nos pacientes diabéticos, após sua palestra, todos os participantes serão pesados, todos os que estiverem com sobrepeso ou obesidade já saíram com consulta marcada com a nutricionista. A segunda ação também acontecerá na unidade e será por conta do preparador físico do CRAS, que explicara a importância da atividade física para o controle do peso, ao final dessa palestra todos os interessados serão cadastrados para participarem do grupo de atividade física que acontecerá na unidade nas terças e quintas-feiras.

- A quarta etapa será o acompanhamento domiciliar das pessoas que estão passando pela manutenção do peso, ele acontecerá periodicamente e será de

responsabilidade de toda a equipe de saúde, mas principalmente agente comunitário de saúde (ACS).

A equipe se reuniu e junto chegamos à conclusão que dispomos recursos materiais e humanos para o sucesso da execução do plano de intervenção.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Estratégia Saúde da Família**

A proposta de formulação de um novo modelo de atenção à saúde conhecido como Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no ano de 1994. Em seguida, o mesmo passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), em busca de superar os problemas decorrentes do modelo biomédico, além de implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) através de seus princípios. Esta estratégia é conhecida como eixo estruturante da reorganização do sistema de saúde, tendo como base na Atenção Primária à Saúde (APS) (FERTONANI et al., 2015).

Motta e Siqueira-Batista (2015) recordam que a Atenção Primária à Saúde (APS), além de porta de entrada de pessoas, famílias e comunidade no sistema de saúde conhecida Brasil como Atenção Básica, em meados de 1994, a Saúde da reorganizou o sistema de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). No início, denominada de Programa Saúde da Família (PSF) buscou reestruturar a APS, com base em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação, dentre outros. Posteriormente, o PSF tornou-se a estratégia - Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas à reestruturação do modelo assistencial e de cuidado à saúde.

Os profissionais que trabalham na equipe de Saúde da Família (ESF) executam ações de proteção e promoção da saúde, e para esta investida, deve conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, utilizando o cadastramento e a identificação de suas principais características, pelo reconhecimento das necessidades daqueles usuários. No processo espera-se que se forme o vínculo entre a população e os profissionais da equipe, otimizando a identificação e a solução dos problemas de saúde da comunidade. Trata-se de uma nova prática e por isso enfrenta dificuldades, necessitando de avaliação e intervenção em saúde da família. Esta prática se concretiza pela criação de um contexto, onde se estabeleça uma boa relação entre famílias, exercitando a parceria, confiança, comunicação, transparência, visando atender as necessidades da família (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Vários estudos demonstram muitas vantagens quando o sistema nacional de saúde é orientado a partir de serviços da atenção primária. Houve melhoras na saúde da população, as hospitalizações diminuíram, e ainda a desigualdade socioeconômica na saúde são menores. A melhora foi ainda maior na vida de pessoas que possuíam doenças crônicas, pois o acompanhamento é feito muito mais próximo, exames

periódicos, medicação adequada e que poderá ser revista e modificada quando necessário (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ainda Macinko e Mendonça (2018, p.31) em pesquisa realizada obtiveram evidências sobre a importância e o impacto da ESF no Brasil. Destacamos algumas:

- Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa – pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças;
- Melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na MI e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária;
- Expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas;
- Melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos;

## **5.2 Atenção Primária à Saúde**

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

O modelo de atenção à saúde brasileiro é orientado pela APS e constituído de importantes características como as equipes multidisciplinares responsáveis por territórios geográficos e população adscrita, o reconhecimento dos problemas tanto os de ordem funcional, orgânica ou social; o trabalho dos ACS e a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde (MENDES, 2011)

A APS é o primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, e é representada por serviços ambulatoriais direcionados a responder as necessidades de saúde mais comuns da população (PINTO; GIOVANELLA, 2006).

## **5.3 Doenças Crônicas não transmissíveis**

São doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias; e seus principais fatores de risco são o fumo, falta de atividade física, alimentação inadequada e uso nocivo de bebidas alcoólicas (DUNCAN et al.,2012).

-Diabetes Mellitus: é considerado uma epidemia mundial devido ao envelhecimento da população, maus hábitos (falta de exercício físico e alimentação não saudável) e obesidade. O diabetes se caracteriza por hiperglicemia e ocorre por defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina produzido no pâncreas. A insulina promove a entrada de glicose para as células do organismo e a falta dela ocasiona um acúmulo de glicose no sangue (hiperglicemia) ( BRASIL, 2006).

Os critérios para o diagnóstico de pré-diabetes (ou risco aumentado) são: Glicose em jejum (mg/dl):  $\geq 100$  e  $< 126$ ; Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dl):  $\geq 140$  e  $< 200$ ; e diabetes estabelecido são: Glicose em jejum (mg/dl):  $\geq 126$ ; Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dl):  $\geq 200$  (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017/2018).

O diabetes causa uma alta perda de qualidade de vida, e a morbidade consequentemente também é alta. Insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares são as principais causas da morbidade (BRASIL, 2006)

- Doenças Cardiovasculares: as doenças cardiovasculares ocorrem por alterações no funcionamento do sistema cardíaco, impedindo o transporte de oxigênio e nutrientes necessários para as células executarem as suas tarefas.

As principais doenças cardiovasculares são doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmia e doenças hipertensivas (BRASIL, 2014)

Como fatores de risco temos: hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação, uso de contraceptivos, e ainda, histórico familiar, idade, sexo (MAGALHÃES et al., 2014).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado do elevado índice de pacientes com doença crônica não transmissível para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

### 6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo)

A UBS Alvarenga é composta por novemicro áreas estando três micro áreas sem ACS. Das doenças crônicas não transmissíveis podemos através de solicitação em reunião extrair os seguintes dados, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2- Número de usuários com doenças crônicas não transmissíveis cadastrados na UBS Alvarenga

	Micro 1	MICRO2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6
Hipertensos:	66	61	90	45	75	47
Diabéticos:	11	22	14	15	17	20
Câncer:	02	01	01	02	03	01
Renal	0	Dado ausente	02	0	01	01
AVC:	03	01	01	0	0	04
Alcoolatra:	06	-	15	10	-	10
Fumantes:	09	-	30	40	-	30
Sintomáticos respiratórios	-	-	8	02	02	15

Fonte: Dados de cadastramento UBS Alvarenga, 2019.

Conforme visto no quadro acima são cerca de 685 usuários cadastrados com alguma doença crônica não transmissível, dentre as 3400 cadastradas, correspondendo a 20% dos usuários cadastrados, valor fora do valor esperado para a população.

A hipertensão seguida pela diabetes são as doenças crônicas que mais afetam os usuários da comunidade, valores que já são esperados tendo em vista o parâmetro nacional onde a cada dia mais cresce o número de cidadãos acometidos por essas doenças. Os maus hábitos de vida, a melhora nas condições financeiras da população, o estresse e ansiedade excessivos são fatores que aumentam a probabilidade de uma ter ou vir a ter uma doença crônica não transmissível.

Após muitas análises da equipe, foi visto que a enorme área de abrangência da UBS juntamente com os muitos atendimentos em demanda espontânea impede a equipe de realizar um trabalho bem feito para a promoção da saúde na comunidade,



visando não só a condição física do usuário, mas também seu bem-estar psicossocial. O plano de intervenção a ser criado será com o intuito de implementar ações para conscientizar a população promovendo a saúde.

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais, as causas das doenças vão desde determinantes sociais a fatores individuais sendo eles: tabagismo, má alimentação, inatividade física, uso nocivo de álcool, sexo, genética, idade, sobrepeso/obesidade, dislipidemia e hipertensão (DUNCAN et al., 2012).

A falta de acesso aos medicamentos, a baixa escolaridade influenciando na não adesão ao tratamento e orientações médicas somadas a baixa renda populacional e falta de exames atualmente para rastreamento são outras causas extremamente importantes. Percebeu-se, na nossa realidade, precariedade dos serviços públicos de saúde, observada desde o pouco fornecimento de medicamentos pelas farmácias a não realização em tempo hábil de exames laboratoriais básicos no município de Corinto.

Falta de dados fornecidos pela equipe: a equipe não possuía os dados antes da atividade, a secretaria de saúde não pode me passar também quando requeridos. Sem os dados quantitativos limita o real diagnóstico situacional independente da causa trabalhada e dessa forma as ações e planejamentos serão restritos e sujeitos a viés.

## **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- Maus hábitos de vida
- Falta de ações de promoção da saúde

## **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como nós crítico, a operação, o projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

**Quadro 3– Desenho das operações sobre nós critico-operações, projeto, resultados, e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão ( sétimo a décimo passo)**

<b>Nó crítico 1</b>	Maus hábitos de vida.
<b>Operação</b> (operações)	População aderindo a melhores hábitos de vida
<b>Projeto</b>	<i>VIVER BEM É MELHOR.</i>
<b>Resultados esperados</b>	Adesão a hábitos de vida saudáveis: redução da gordura e do sal na alimentação, do consumo de álcool e cigarro e a prática de atividades físicas.
<b>Produtos esperados</b>	- Pacientes mais ativos, realizando atividades físicas, comendo bem; - Orientação e informação ao grupo de adeptos à dietas; - Campanha de conscientização via rádio e televisão
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> -Capacitação da equipe executora e grupos educativos para os usuários; <b>Financeiro:</b> Aquisição de materiais didáticos (folders, panfletos e banners); <b>Político:</b> Conseguir espaço na rádio e televisão local para apresentar o projeto a toda a população.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiro:</b> para a aquisição de recursos; <b>Organizacional:</b> - Tempo para colocar em prática o projeto e realização; - Adesão da população.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe da ESF – Favorável; População – Desfavorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Sensibilizar a população para mudanças nos hábitos de vida
<b>Prazo</b>	1 mês após a criação do plano de intervenção.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF e NASF
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<b>Quem vai fazer e como?</b>

Fonte: Do autor, 2019.

**Quadro 3 - Desenho das operações sobre nós crítico-operações, projeto, resultados, e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão ( sétimo a décimo passo)**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de ações de promoção da saúde
<b>Operação</b> (operações)	Organização e planejamento de toda a Equipe de saúde
<b>Projeto</b>	<i>A UBS PENSA NA SUA SAÚDE</i>
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de saúde criando ações para promover a qualidade de vida da comunidade.
<b>Produtos esperados</b>	- Equipe de saúde comprometida em colocar em prática ações que promova a qualidade de vida da comunidade.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Capacitação da equipe e mudança na agenda da ESF; <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos didáticos para informar os pacientes; <b>Político:</b> Mobilização intersetorial.

<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiro:</b> Para a aquisição de recursos (panfletos e folders) para campanha.  - Reorganização da agenda da equipe para a colocação da operação em prática  - Comprometimento da população para com o tratamento
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe da ESF – Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar aos membros da equipe a intenção de capacitação de todos para melhoria do atendimentos às pessoas com DCNT
<b>Prazo</b>	Logo após a criação do plano de intervenção.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<b>Quem vai fazer e como?</b>

Fonte: Do autor, 2019.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são caracterizadas pela hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas; e é responsável por 72% das mortes no país.

Na UBS Alvarenga, na cidade de Corinto/MG, foi identificado que 20% da população atendida possui alguma doença crônica não transmissível. Os maus hábitos de vida, ansiedade e estresse aumentam a probabilidade de ter uma DCNT.

Foi realizado um diagnóstico situacional na comunidade para identificar e elaborar um plano de intervenção para o controle das doenças.

Começamos com o treinamento da equipe para que possam informar corretamente os pacientes em relação há bons hábitos, alimentação saudável, uso nocivo de álcool e tabaco, e exercícios físicos regularmente. Os pacientes que já

possuem alguma doença crônica não transmissível seriam acompanhados regularmente para que os exames sejam feitos regularmente e controle das medicações.

Dois projetos foram criados para melhorar a qualidade de vida e que os pacientes sejam bem instruídos; são eles: Viver Bem é Melhor, onde instrui a população a aderir a melhores hábitos de vida; e A UBS Pensa na sua Saúde, onde a equipe de saúde coloca em prática ações que promovem a qualidade de vida da comunidade.

Com a preparação adequada da equipe e os projetos implantados, esperamos diminuir o índice de pacientes com DCNT, e aumentar a qualidade de vida com exercícios físicos e boa alimentação para aqueles que já possuem a doença juntamente com o uso correto das medicações.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 16 jun. de 2019.

CORINTO. Prefeitura Municipal de Corinto. Cidade-**História**, 2019 Disponível em:<camaracorinto.com.br>Acesso em: 15 jun. de 2019

DUNCAN B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012

FERTONANI, Hosanna Pattridge et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE cidades. **Corinto.**, 2019 Disponível em: <www.ibge.gov.br/brasil/mg/corinto/historico>. Acesso em: 15 jun. de 2019

MACINKO J.; MENDONÇA C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 18-37, Sept. 2018 .

MAGALHÃES F. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 394-400, June, 2014

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 512 p.: il.

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

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPS)/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

PINTO L. F.; GIOVANELLA L.. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica.(ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm. USP** . v. 45, n. 5, p. 1250-1255, Oct. 2011.