

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

**LUCAS VELOSO TEIXEIRA BESSA**

**ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES E CONTROLE**  
**EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E**  
**DIABETES *MELLITUS* DA ESF NOVO DELFINO**

**MONTES CLAROS - MG**  
**2014**

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

**LUCAS VELOSO TEIXEIRA BESSA**

**ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES E CONTROLE EM  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES  
*MELLITUS* DA ESF NOVO DELFINO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista Saúde da Família.

Orientado: Professor Ubiratan Brum de Castro.

**MONTES CLAROS-MG**  
**2014**

**LUCAS VELOSO TEIXEIRA BESSA**

**ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES E CONTROLE  
EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E  
DIABETES *MELLITUS* DA ESF NOVO DELFINO**

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

Orientador: Prof. Ubiratan Brum de Castro.

Banca Examinadora:

Prof. Ubiratan Brum de Castro. - Orientador

Prof.<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 24/04/2014

## **DEDICATÓRIA**

Aos Pacientes que buscam os serviços de saúde  
com tanta aflição. Merecem não só uma  
dedicatória, mas afago e compaixão na sua  
enfermidade.

Aos professores e orientadores, que dedicam seu  
tempo a formarem melhores profissionais.

À minha companheira, Julia Thalita, que muitas  
vezes me levantou quando estava ao chão.

## ABSTRACT

Montes Claros is one of the five largest city in Minas Gerais with 361,915 inhabitants in a total area of 568.94 km <sup>2</sup>. Located in important area at upstate, it is reference for other municipalities. Among the health programs of the city, the staff of the Family Health Strategy Novo Delfino is responsible for monitoring the health of 782 registered families, with a total of 3627 inhabitants. Predominantly young population, low income. With 334 hypertensive patients and 77 diabetics registered, the unit features underreporting of these diseases (12.7% hypertension versus 32.5% national for and 2.9 % diabetics versus 12% national) with a high rate of cardiovascular complications in the last year. The current monitoring is ineffective without risk classification. The Family Health Program Strategy has proved to be effective in the control and awareness about chronic diseases. So, this paper aims to create a plan to get low rates of complications on hypertensive and diabetic patients, proposing improvements in monitoring with risk classification, active search and awareness of the entire population with consequent improvement in quality of life and reducing complications of both diseases. The intervention plan it's based in dynamic and continuous operations with results direct and indirect on the patient's life.

**Keywords:** Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy. Reducing Complications. Search Active.

## RESUMO

Montes Claros é um dos cinco maiores municípios de Minas Gerais com 361.915 habitantes numa área total de 3 568,94 km<sup>2</sup>. Situada em importante área geográfica do norte do estado, é referência para os demais municípios. Dentre os programas de saúde do município, a equipe de Estratégia de Saúde da Família Novo Delfino é responsável pelo acompanhamento de saúde de 782 famílias cadastradas, com um total de 3627 habitantes. População predominantemente jovem, de baixa renda. Com 334 hipertensos e 77 diabéticos cadastrados, a unidade apresenta subnotificação dessas enfermidades (prevalência de 12,7% para hipertensos versus 32,5% nacional e 2,9% diabéticos versus 12% nacional) com alto índice de complicações cardiovasculares no último ano. O acompanhamento atual é ineficaz sem classificação de risco. O programa estratégia saúde da família já se mostrou eficaz no controle e conscientização sobre doenças crônicas. Sendo assim, o presente trabalho visa elaborar um plano que seja capaz de minimizar as complicações dos hipertensos e diabéticos, propondo melhorias nesse acompanhamento com classificação de risco, busca ativa e conscientização de toda a população com consequente melhora na qualidade de vida e redução das complicações de ambas doenças. O plano de intervenção consiste em operações dinâmicas e constantes com resultados sobre direto e indireto sobre a vida do paciente.

**Palavras-chave:** - Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde Da Família. Redução De Complicações. Busca Ativa.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>

## 1. INTRODUÇÃO

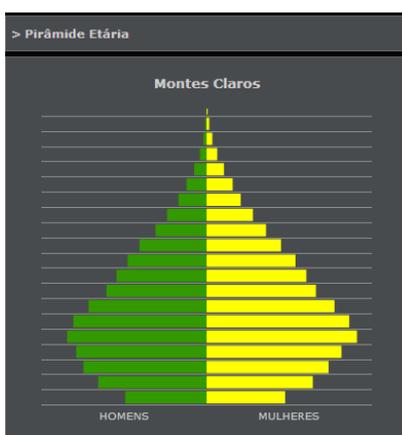
### 1.2 Identificação do Município e Aspectos geográficos

Montes Claros é um município no interior do estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião do Norte de Minas, Ocupa uma área de 3.569km<sup>2</sup>, sendo que apenas 38,700km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. Tem como principal bioma o cerrado, o clima é do tipo tropical semi-árido, quente e seco, com período de chuvas concentradas entre os meses de outubro a março. A precipitação média anual é de 1.060 mm. A temperatura média anual é de 24,20 C.<sup>1</sup>

Em 2010 sua população foi registrada pelo IBGE em 361.915 habitantes, estimada em 370.216 em 2012, sendo um dos mais populosos de Minas Gerais. Tem um numero aproximado de domicílios e famílias de 98.540 famílias na zona urbana e 5.473 famílias na zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 95,2%, tendo assim somente 17.492 habitantes em zona rural.

É um município jovem, com a mais abrangente faixa etária situada dos 20 aos 24 anos, com predominância feminina. Apesar de seu grande tamanho (uma das maiores cidades do estado), o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,783, considerando-se assim como médio em relação ao país, situando-se em posição 984 no ranking nacional.

**Gráfico 1 - Pirâmide por Faixa Etária**

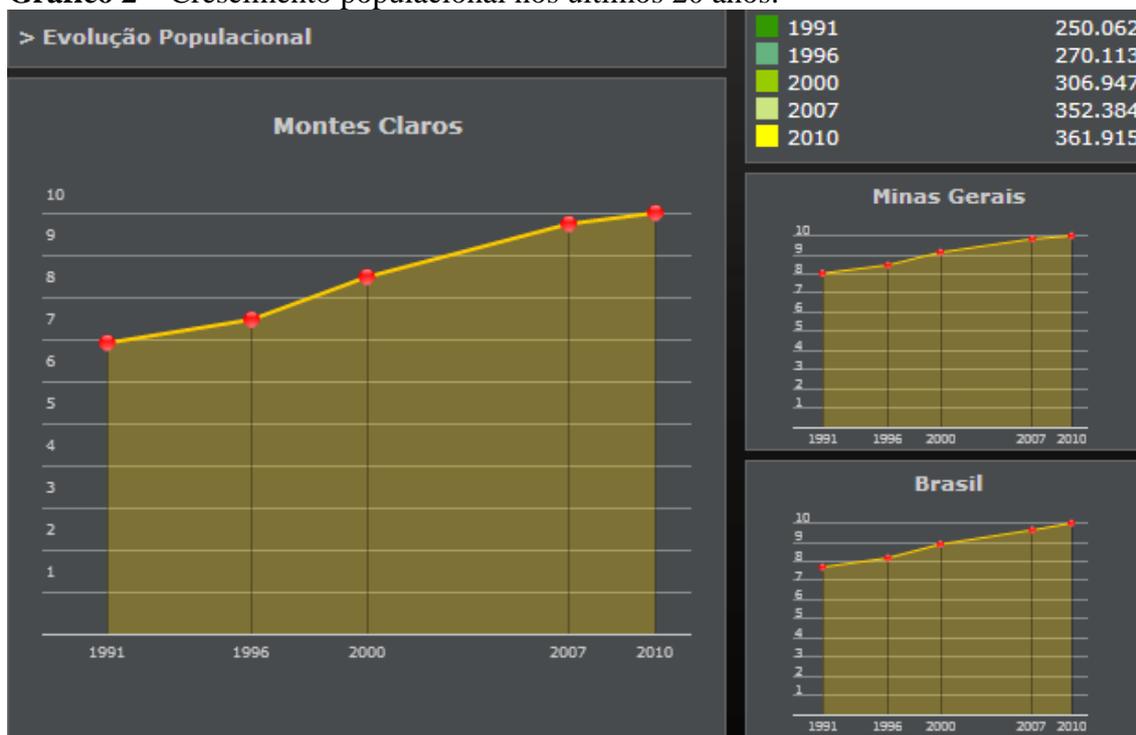


FONTE: IBGE Censo 2010.

<sup>1</sup> Aspectos Gerais,[on line] 2013. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

Taxa de crescimento anual: Presencia um crescimento populacional acentuado de 44% nos últimos 20 anos, um crescimento acima do padrão brasileiro e do estado, como visualizado no gráfico 2.

**Gráfico 2** – Crescimento populacional nos últimos 20 anos.



Fonte – IBGE 2010

O município está situado na Bacia do Rio Verde Grande, região do Alto Médio São Francisco, sendo dotado de várias nascentes e cursos d'água de regime perene e semi-perene. Situa-se à distâncias de 418 km de Belo Horizonte, 694 km de Brasília-DF, 850 km do Rio de Janeiro, 1.002 km de São Paulo e 1.122 km de Salvador. (DER-MG-2005)

O Plano Rodoviário Nacional classificou Montes Claros como o segundo maior entroncamento rodoviário do país. É servida por ônibus de linhas regulares de intermunicipais e interestaduais, atualmente com doze empresas prestando este tipo de serviço. Quanto ao transporte aéreo, operam três empresas com linhas regulares com 18 voos diários e um fluxo de mais de 1000 passageiros por dia para quatro cidades, permitindo conexões para todo o país e para o exterior. Além disso, para o transporte de cargas, o município é servido pela Ferrovia Centro Atlântica – FCA, que liga Montes Claros a vários centros do norte/nordeste e sul do país.

Possui rede de abastecimento de água tratada em 99% dos domicílios. Sendo que 88,9% das residências possuem rede geral de esgoto adequado, 6,8% semi-adequado e 4,3% inadequado ou inexistente. E 90,04% das moradias possuem lixo coletado por serviço de limpeza realizado pela ESURB - Empresa Municipal de Serviços, Obras e Urbanização e Realiza, empresa terceirizada do município.

Montes Claros sedia uma das cinco Regiões Integradas de Segurança Pública (Risps) implantadas em Minas Gerais. Conta atualmente com a 11ª Região de Polícia Militar, 10º Batalhão de Polícia Militar, com efetivo de 1.006 policiais com os serviços de radiopatrulhamento, de trânsito urbano e rodoviário, policiamento florestal, corpo de bombeiros, postos de policiamento instalados em diversos pontos da cidade, sistema prisional com duas cadeias públicas. Conta ainda com a 3ª Companhia de Polícia Rodoviária Estadual, 3ª Companhia de Polícia Florestal, 8ª Delegacia Regional de Segurança Pública, 55º Batalhão de Infantaria Dionísio Cerqueira, posto regional da Polícia Federal, Guarda Municipal e Sistema Olho Vivo - instrumento eficiente na prevenção e repressão de delitos, funcionando em benefício da segurança pública da cidade com 36 (trinta e seis) câmeras, todas elas com zoom nítido, capazes de promover a identificação com qualidade, até 700 metros de distância.

### **1.3 Economia**

A cidade possui o seu Produto Interno Bruto - PIB *per capita* é de R\$ 12.436,53 (IBGE 2010), baseado na prestação de serviços, sendo que este setor representa mais de duas vezes o setor industrial. A agropecuária do município é mínima. A cidade conta com três Shopping centers, estando um quarto em fase de conclusão.

Entre 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 57,2%; devendo chegar em 2015, no máximo 14,4%, para alcançar metas de redução de 50%. Indigência refere a valor abaixo de 70 reais per capita (PORTAL ODM).

**Gráfico 3 – População de acordo com a linha da pobreza**

FONTE: Relatórios Dinâmicos Municipais – Portal ODM

### 1.3 Educação

No ano de 2011 o IDEB da cidade no ensino fundamental foi de 5,1, ultrapassando a meta do MS de 4,7 e a nota brasileira de 4,1. O ensino médio ficou com nota 4,4, também ultrapassando a nota brasileira de 3,7. A Escola da Polícia Militar de Montes Claros, Tiradentes obteve a melhor nota da cidade com 6,8 e assim o centésimo lugar na classificação nacional (IDEB 2011).

Além de constituir-se polo universitário com 13 instituições privadas de ensino superior, um Campus da Universidade Estadual de Montes Claros e um Campus da Universidade Federal de Minas Gerais.

### 1.4 Histórico<sup>2</sup>

Em 1768 , bandeirantes partiram de São Paulo, procurando pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Antônio Gonçalves Figueira, que pertencia à Bandeira de Fernão Dias. Seduzidos pela fertilidade do Sertão Mineiro e talvez, na esperança de conquistarem riquezas. Juntamente com Matias Cardoso retornaram após dois anos em São Paulo, tornando-se colonizadores, caçando índios, construindo fazendas, cujas sedes se transformaram em cidades.

<sup>2</sup> Histórico,[on line] 2013. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

Formou três grandes fazendas: Jaiba, Olhos d'Água e Montes Claros, esta, situada nas cabeceiras do Rio Verde, pela margem esquerda, próxima a montes formados por Xistos Calcários, com pouca vegetação.

A próspera fazenda aos poucos foi perdendo espaço para um local diferente da sede de Antônio Gonçalves Figueira, em torno da Capela erguida por José Lopes de Carvalho, a igreja Matriz de Nossa Senhora da Conceição e São José.

Com o tempo, se tornou o Arraial de Nossa Senhora de Conceição e São José de Formigas, suficientemente desenvolvido para tornar-se independente. Pelo esforço dos líderes políticos o Arraial foi elevado a Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas".

Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade - Cidade de Montes Claros. Por muito tempo, o aspecto da cidade permaneceu quase o mesmo devido à dificuldades logísticas, tendo melhor desenvolvimento com a instalação de industrial e linha férrea após a década de 50 do século passado.

## **1.5 Sistema local de Saúde**

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros tem composição paritária (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores), estando atualmente com 23 conselheiros titulares, sendo 12 usuários e 11 representantes do sistema de saúde. Possui como presidente o gestor da secretaria. Reúnem-se toda 1ª quarta-feira do mês às 14 horas, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde. Toda a população pode participar das reuniões do Conselho, porém somente os conselheiros têm direito ao voto.

Fundo Municipal de Saúde, Instrumento de gestão, repassado regularmente e automaticamente ao município, que no caso de Montes Claros é o gestor pleno da Atenção à Saúde em todos os setores, sendo coordenado atualmente pelo prefeito.

O município possui 07 hospitais, sendo o do município atualmente utilizado somente como Pronto Atendimento e ambulatório sem leitos de internação. Quatro dos hospitais são filantrópicos, um em fase de abertura e um particular. Todos atendem para o Sistema Único de Saúde – SUS, com os melhores equipamentos e todo o suporte que cidades de grande porte possuem para atendimento terciário. São aproximadamente hum mil leitos.

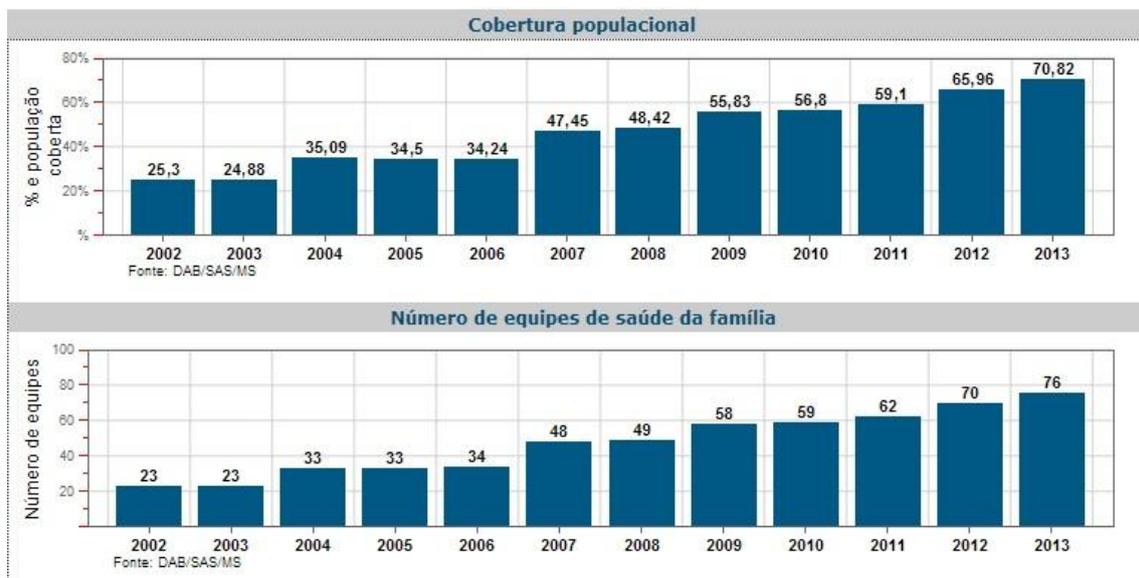
Presencia-se no município um sistema de saúde descentralizado em transformação. O sistema ainda é hierarquizado, pouco comunicativo e não completamente integralizado, compatível com o modelo fragmentado, “hospilatocêntrico”, que visa à doença e não a prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida.

Montes Claros é um pólo macrorregional, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes com serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade e de referência, facilitado inclusive pela melhor acessibilidade geográfica local. Considerando que o sul da Bahia também recorre a saúde local, por meio de demanda espontânea/imediata e por meio de convênios e consórcios, a área de abrangência sobe para aproximadamente dois milhões de habitantes.

Esse sistema esta cada vez mais vem sendo complementado e substituído para um mais holístico, polierarquico, integral e horizontalizado, mais comunicativo. A melhora da rede de atenção básica por meio da Atenção Primária a Saúde - APS, a Estratégia Saúde da Família, com princípios de coordenação, longitudinalidade, enfoque familiar, integralidade e orientação comunitária.

Em Montes Claros a rede de saúde da Atenção Básica tem cobertura de cerca de 71% da população, sendo realizado por 76 unidades, destas 10 são rurais. Atualmente apenas 73 encontra-se em funcionamento efetivo, com todos os profissionais presentes.

Grafico 2 – Cobertura de ESF em Montes Claros – Novembro/2013



Fonte: <http://189.28.128.178/sage/>

A saúde do município conta também com 13 Centros de Saúde, 2 Policlínicas, 2 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Referência em Doenças Infecciosas, 1 Centro de Oftalmologia Social (COS), 1 Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centro de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em (ESF), 2 Farmácias Populares, 1 Hospital – Doutor Alpheu de Quadros.

Não possui nenhum Núcleo de Assistência a Saúde da Família – NASF – implantado, mas com previsão de início de funcionamento de cinco para o mês de janeiro de 2014.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (respeitando a proporção mínima de um agente para cada 400 habitantes ou 150 famílias), equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador.

A nova gestão, que assumiu há onze meses, encontra em reformulação do sistema de saúde, com implantação de vários programas do ministério da saúde como o “Melhor em casa”, “Saúde toda hora”, “De volta para casa”, NASF I e II, e CAPs II e III. Está sendo reestruturadas as referências com remanejamentos de especialidades e aumento de oferta de especialistas, organização do suporte dos serviços de urgência, bem como sendo implantado o prontuário eletrônico.

## **1.6 O território**

A área de abrangência da ESF Novo Delfino, cuja sede é no Bairro Camilo Prates, é parte do bairro Novo Delfino e Vila Anália.

A unidade possui uma população adscrita de 3627 habitantes divididas em 782 famílias. É constituído por uma população mais jovem, tendo em sua grande maioria estudantes e trabalhadores. A população idosa é pequena, 412 habitantes acima de 65 anos, mas participa ativamente das atividades do bairro. Possui a maior parte dos moradores de baixa renda, tendo alguma sem nenhuma fonte fixa de renda sendo amplamente aparado por programas governamentais (dos 249 infantes abaixo de 10 anos, 178 participam da pesagem obrigatórias do programa bolsa família).

O território possui quatro igrejas, sendo três delas evangélicas e uma católica. Possui três escolas, sendo duas de maternal e uma que possui até quarta série – ensino básico. Após,

para o ensino fundamental, o acesso é realizado em escolas de bairros vizinhos. Já o ensino médio é realizado em escolas com no mínimo cinco quilômetros de distância, que atendem toda a cidade.

Os bairros assistidos não possuem hospitais, sendo o mais próximo o Hospital Alpheu de Quadros, à dois quilômetros de distância, que realiza atendimentos de urgência e emergência, alguns atendimentos ambulatoriais e exames complementares. Não realiza internações.

O território não possui laboratório, possui algumas clínicas dentárias particulares, e não possui nenhum outro posto de atendimento de saúde. O atendimento de especialidades básicas, como pediatria, ginecologia, psicologia, é realizado no centro de saúde Delfino Magalhães, do bairro vizinho.

A população possui saneamento básico em quase todas as residências e com quase todas as ruas asfaltadas. Existe energia elétrica em 100% das casas.

## **1.7 A unidade**

A equipe conta com sete agentes comunitários, sendo somente dois homens, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma técnica em higiene bucal, um médico e uma enfermeira. A ESF possui o horário de funcionamento de 7:30 às 17 horas com pausa de 90 minutos para o almoço. Nos últimos doze meses a assistência médica não correspondeu ao preconizado na estratégia saúde da família, estando, no último, sem médico. Assim, não existia regularidade de grupos, acolhimento, visitas domiciliares ou mesmo agendamentos de consulta, sendo a marcação de consultas somente realizada por demanda imediata.

A sede não é própria, e acaba por sofrer mudanças de endereço com frequência. Só no último ano foram duas vezes. A casa é alugada e recebeu algumas adaptações mas não correspondeu às necessidades do serviço, tendo o espaço inadequado para um melhor funcionamento. Não contamos com sala de reuniões, local para esterilização dos materiais de procedimentos, bebedouro e possuímos somente um banheiro na unidade toda, que se situa dentro de um dos consultórios. Reuniões, quando ocorriam eram realizadas no pátio de entrada ou no salão paroquial da igreja que se situa quase em frente à unidade, mas ambos só possuem sombra em uma pequena parte do dia.

A ventilação é inadequada, sendo muito quente na maior parte do ano e em dias de chuva se torna imprópria para o trabalho por inundar o pátio de entrada. A farmácia da

unidade funciona com essas mesmas condições de temperatura. A falta de medicamentos é um motivo de reclamações na rede de saúde municipal. Antibióticos e psicotrópicos são entregues no Centro de Saúde do Delfino Magalhães.

Os arquivos ficam no pátio de entrada e a copa divide espaço com a sala de nebulização. Por motivo de visita da vigilância sanitária, foi cancelado a realização de procedimentos como curativos. O consultório dentário, ainda está em fase de construção, sendo que o atendimento realizado em outra unidade, do Delfino Magalhães, que se situa na outra extremidade do território atendido, há 1,5 km da unidade.

A enfermeira e o dentista estavam realizando as atividades, exceto os grupos operativos, de forma rotineira e organizada, mas com limitações devido à ausência de um médico atuante. As agentes de saúde estavam trabalhando sem resposta a demanda da população e sem propósito de melhora. As filas para avaliações especializadas e de exames laboratoriais são enormes, demorando até dois anos. Os atendimentos de saúde mental são ainda realizados por ambulatórios especializados ou pelo CAPs, sem acompanhamento adequado.

A população possui aproximadamente 334 hipertensos e 77 diabéticos cadastrados. Não há busca ativa de novos casos. Sem grupos operacionais e sem acolhimento, os pacientes encontram-se sem classificação de risco e controle adequado dos objetivos terapêuticos. Houve no último ano um número muito alto de Acidentes vasculares encefálicos e infartos, sendo contabilizado, juntamente com os óbitos dessas causas, mais de vinte episódios no total.

Houve reterritorialização no mês de setembro, sendo reduzida a população adscrita em 11%, sendo que uma parte ainda não foi recadastrada.

Com a regularização do trabalho da equipe, os grupos operacionais, o acolhimento e as visitas domiciliares se tornaram frequentes, mas pouco criteriosos por falta de classificação de risco. A agenda encontra-se aberta com 60 dias de antecedência, tendo prioridade para retornos de pacientes com doenças crônicas com mais de um ano sem atendimento ou descompensadas.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O descontrole das doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial é um grave problema perante o sistema de saúde brasileiro, estando entre as doenças mais prevalentes na população e com diversas complicações.

A subnotificação destas no bairro, a alta taxa de complicações entre os portadores no último ano às colocaram como doenças com atenção necessária. A atenção primária tem um papel fundamental nesses casos, ainda mais se tratando de doenças crônico-degenerativas.

Com benefícios para a gestão municipal e para a população, um projeto de intervenção para abordagem sistematizada e progressiva sobre fatores desencadeadores, de monitorização e complicadores destas doenças se faz necessário.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Elaborar um plano de intervenção que seja capaz de minimizar as complicações dos portadores de DIA e HAS.

#### 4. METODOLOGIA

No intuito de conhecer o território, procurou-se conhecer todo o município através de dados históricos, demográficos, econômicos e epidemiológicos. Para tanto, utilizou-se de dados coletados no IBGE, fontes de informações de sistemas epidemiológicos como SISNAN, e dados cedidos pela prefeitura municipal da cidade de Montes Claros.

Foram utilizados no levantamento de dados informações epidemiológicas mais específicas, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os consolidados de produtividade da equipe.

Nos levantamentos dos problemas, a coleta dos dados foi realizada pelo método de estimativa rápida utilizando-se de dados do SIAB e entrevista e coleta de dados direto de informantes chaves como os agentes comunitários da unidade. Também foram utilizados dados coletados com os participantes dos grupos operativos de hipertensos, diabéticos e saúde mental durante o mês de abril e maio.

Na elaboração do plano de ação, o método escolhido foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que é composto por 10 passos sequências.

Foi necessário realizar uma pesquisa narrativa da literatura sobre o tema proposto para subsidiar o referencial teórico. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO), e site do Ministério da Saúde. Foram utilizados na busca dos artigos científicos os seguintes descritores: risco cardiológico, diabetes *mellitus*, hipertensão, infarto, acidente vascular encefálico.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2006), o descontrole das doenças crônicas como Diabetes *Mellitus* – DIA - e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS - são os maiores agravantes de riscos para aumento da mortalidade geral da população. Ainda, segundo o consolidado de dados do Sistema de Informações sobre a Mortalidade do DATASUS, base de dados do sistema de saúde brasileiro, as doenças cardio-vasculares responsáveis por 28,6%, a maior causa de óbitos no ano de 2011, com 335 mil mortes, destas 22.115 causadas diretamente pela hipertensão, e o restante por complicações da mesma.

A DM causou diretamente 54.841 óbitos em 2013, mas segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), ela diretamente aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. Estas ainda explicitam que o aumento do custo dos produtos “saudáveis” e “naturais”, bem como um acesso mais cômodo aos produtos industrializados, mesmo em comunidades mais remotas, associado à mudança cultural da população está por prover uma alimentação pobre em nutrientes essenciais, com alto valor calórico e alto teor de lipídeos. Em suma, uma dieta muito insalubre.

A IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão (2010) explicita que o aumento de expectativa de vida somada ao maior sedentarismo das gerações mais novas proporciona a atual epidemia de doenças crônico-degenerativas. Se alia aos fatores agravantes o dia a dia estressante da população.

A HAS e a DIA causam degeneração do aparelho circulatório e predispõe o paciente a diversas complicações a longo prazo como retinopatias, doenças degenerativas neurologias e doenças nefrológicas. Além aumentar de forma substancial o risco de acidentes vasculares encefálicos e infartos agudos do miocárdio, fato enfatizado pelas três diretrizes já citadas.

Para se minimizar essas consequências, um bom controle medicamentoso e acompanhamento rigoroso dos fatores de risco, com abordagem precoce de sinais complicadores se faz necessário.

A incidência de DIA era de 7,6%<sup>3</sup> na década de 80, tendo os estudos mais recentes classificando entre 12 e 13%. O de HAS apresenta prevalências acima de 30%<sup>4</sup> tendo em

---

<sup>3</sup> Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes 2009 / Sociedade Brasileira de diabetes. 3ed. Farmacêutica. 2009.p09

<sup>4</sup> VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 95(1 supl.1): p01

média 32,5%. Os gastos de saúde com complicações dessas doenças chegam a 15% do orçamento brasileiro com saúde segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), tendo número expressivo de potenciais utilizadores de serviços de alta complexidade, gerando altos gastos quando medidas preventivas garantem um controle barato e eficaz das doenças, com uma melhor qualidade de vida.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010,p.1):

[...] a comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países<sup>8</sup>, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da a ESF se mostrou uma eficaz ferramenta no controle principalmente da HAS, com aumento de pacientes conscientes, com melhor conhecimento e controle das complicações, conforme enfatizado nas Diretrizes de hipertensão.

Existe na população adscrita pela ESF Novo Delfino subnotificação importante dessas doenças – prevalência de 12,7% para HAS e 2,9% para DIA - em grande e maior parte por desconhecimento das mesmas pelos seus portadores. Existe também uma dificuldade em reconhecimento do “adoecer” nelas, já que os seus sintomas são tardios em relação à descoberta da doença, levando muitos pacientes a postergarem o tratamento.

A abordagem de toda a população, além dos portadores dessas duas principais enfermidades, garante uma melhor qualidade de vida da população, bem como evita o surgimento de novos casos por descuido de saúde e de hábitos de vida, sempre com o enfoque que “a educação é a melhor saída para uma melhor saúde”.

As doenças cardíacas e vasculares são a maior causa de mortalidade desde a década de 70(SBC,2010), sendo as cerebrovasculares mais prevalentes, seguidas das cardíacas. Elas superarão as infecto-parasitárias com a melhora do saneamento básico e advento de antibióticos melhores e mais acessíveis.

Ao mesmo tempo, a melhora do poder aquisitivo, com aumento de expectativa de vida somada ao maior sedentarismo da população fez eclodir uma epidemia de doenças crônico-degenerativas. Delas, se destacam a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica. Ambas associadas a péssimos hábitos alimentares, obesidade e ao estressante estilo de vida atual.

O descontrole dessas duas enfermidades gera uma degeneração do aparelho circulatório e predispõe o paciente a diversas complicações ao longo prazo(SBD,2009) como retinopatias, doenças degenerativas neurologias e doenças nefrológicas. Os portadores delas

são também os que mais sofrem acidentes vasculares encefálicos e infartos agudos do miocárdio(SBC, 2010).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção utilizado foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar contando assim, com enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista e educador físico além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

### 6.1 Primeiro Passo: Definição dos Problemas

Campos; Faria; Santos (2010,p.29) definem que :

De um modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Os problemas identificados na Estratégia da saúde da família do Novo Delfino são:

- Grande número internações por AVCs no último ano no bairro.
- Grande número internações por de IAMs no último ano no bairro.
- Grande número de grávidas abaixo de 18 anos.
- Tráfico de drogas ilícitas.
- Subnotificação na incidência de saúde mental.
- Subnotificação na incidência de diabetes méllitus.
- Saúde mental sem acesso a psicólogos e psiquiatras.
- Demora para consultas de especialistas.
- Demora para exames de alto custo.
- Pequena cota de exames laboratoriais.
- Controle inadequado de portadores de hipertensão e diabetes.
- Ausência de formas alternativas de esportes para idosos no bairro e adjacências.
- Ausência de atividades para terceira idade no bairro.
- Dificuldade de somente um horário de funcionamento da farmácia da unidade.
- Obesidade infantil.

## 6.2 Segundo Passo: Priorização do Problema

<b>PROBLEMA</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA (0 a 5 pontos)</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE</b>
<b>Grande número de internações por AVCs no último ano no bairro.</b>	Alta	5	Parcialmente
<b>Grande número de internações por de IAMs no último ano no bairro.</b>	Alta	5	Parcialmente
<b>Grande número de grávidas abaixo de 18 anos</b>	Média	2	Parcialmente
<b>Tráfico de drogas ilícitas.</b>	Alta	2	Fora
<b>Subnotificação na incidência de saúde mental.</b>	Baixa	2	Dentro
<b>Subnotificação na incidência de diabetes méllitus.</b>	Média	5	Dentro
<b>Saúde mental sem acesso a psicólogos e psiquiatras.</b>	Alta	3	Fora
<b>Demora para consultas de especialistas</b>	Média	3	Fora
<b>Demora para exames de alto</b>	Média	3	Fora

<b>custo</b>			
<b>Pequena cota de exames laboratoriais.</b>	Média	4	Fora
<b>Controle inadequado de portadores de hipertensão e diabetes.</b>	Alta	5	Dentro
<b>Ausência formas alternativas de esportes para idosos no bairro e adjacências</b>	Alta	3	Parcialmente
<b>Ausência de atividades para terceira idade no bairro.</b>	Média	2	Parcialmente
<b>Dificuldade de somente um horário de funcionamento da farmácia da unidade.</b>	Alta	5	Fora
<b>Obesidade infantil.</b>	Alta	5	Parcialmente

Ordem de Prioridade:

- 1) Controle inadequado de portadores de hipertensão e diabetes *Mellitus*.
- 2) Obesidade infantil.
- 3) Grande número internações por AVCs no último ano no bairro.
- 4) Grande número internações por de IAMs no último ano no bairro.

- 5) Dificuldade de somente um horário de funcionamento da farmácia da unidade.
- 6) Tráfico de drogas ilícitas.
- 7) Grande número de grávidas abaixo de 18 anos.
- 8) Saúde mental sem acesso a psicólogos e psiquiatras.
- 9) Pequena cota de exames laboratoriais.
- 10) Subnotificação na incidência de diabetes méllitus.
- 11) Ausência formas alternativas de esportes para idosos no bairro e adjacências.
- 12) Retirada da aferição de pressão pelos agentes nas visitas domiciliares.
- 13) Demora para consultas de especialistas.
- 14) Demora para exames de alto custo.
- 15) Ausência formas alternativas de esportes para idosos no bairro e adjacências.
- 16) Ausência de atividades para terceira idade no bairro.
- 17) Subnotificação na incidência de saúde mental.

Problema selecionado:

“Controle inadequado de portadores de hipertensão e diabetes Mellitus.”

A partir daí foram estabelecidos os objetivos que se pretende alcançar com a implantação do plano de intervenção:

- Introduzir hábitos saudáveis duradouros para a população;
- Promover programas de incentivo a prática desportiva correta;
- Identificar portadores de doenças crônico-degenerativas não acompanhados;
- Controlar de portadores de DIA e HAS;
- Estratificar com acompanhamento individualizado a pacientes com risco aumentado;
- Conscientizar da população que a saúde depende sempre de hábitos saudáveis e cuidados pessoais;
- Melhorar o acesso da população alimentos saudáveis e a exames;
- Melhorar a adesão a terapêutica proposta de forma conjunta – pacientes/profissionais.

**6.3 Terceiro passo: Descrição do Problema Selecionado**

A unidade de ESF Novo Delfino conta hoje com mais de 334 hipertensos e 77 diabéticos, prevalência de 12,7% para HAS e 2,9% para DIA versus 30% e 12% nacional. Apesar disto, houve uma alta incidência em eventos vasculares no último ano, típicos de complicações em portadores da doença com controle irregular.

#### **6.4 Quarto passo: Explicação do problema**

Grande parte dos portadores dessas de HAS e DIA apresentam má aderência ao tratamento e irregularidade de frequência a consultas médicas de controle. Aliado a isto, desde janeiro de 2012, a ESF teve médico que não atuava conforme as diretrizes da ESF, sendo que, no mês de março de 2013 nem houve atendimentos na unidade. Além de uma cota quase que mínima de exames – a laboratorial é de apenas R\$1700 , suprimindo apenas um terço dos pedidos realizados, em média – dificultou mais o acesso a um bom controle de suas patologias.

Não existe controle algum de frequência de consultas ou de últimos exames a não ser por checagem direta em fichas de atendimento. O cadastro do Hiperdia – programa de controle de diabéticos das unidades de ESF – encontra-se desatualizado tanto em número de portadores dessas enfermidades quanto à medicações que os mesmo estão em uso.

#### **6.5. Quinto passo: Seleção dos nós críticos**

A organização dos problemas é o primeiro passo para o enfrentamento. Campos; Farias e Santos (2010,p.56) define que “por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos "atacar".”

E assim, o autor ainda define que nó crítico “é um tipo de causa de um problema que, quando "atacada" é capaz de ,impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

No presente trabalho, se definiu como nós críticos:

- Subnotificação de hipertensos;
- Subnotificação de diabéticos;
- Ausência de classificação de risco de portadores dessa enfermidade;

- Dificuldade de acesso a informações sobre as patologias (pouco espaço na unidade para cartazes; grupos operativos desativados; baixo nível de estudo).
- Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, má alimentação, dificuldade de acesso a outras formas de esportes que não seja caminhada);
- Baixo nível econômico (dificuldade de acesso a produtos menos calóricos);
- Dificuldade de acesso a exames de controle e rotina;
- Baixa adesão ao tratamento.

### 6.6 Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos.

Para melhor adesão da população, pequenos programas seriam montados dentro do funcionamento da ESF Novo Delfino. Para tanto, todos da equipe necessitam de treinamento, bem como melhora das ferramentas de abordagem e controle dos pacientes. No sexto passo de acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.70), refere-se “como podemos enfrentar os nós críticos definindo operações ou projetos com os resultados e produtos esperados e recursos necessários para realização das ações”. Veja o quadro 2.

Quadro 02 – Desenho de operações do para soluução dos “nós” criticos

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Subnotificação de hipertensos</b>	“Menos pressão” Busca ativa de hipertensos	Identificação de prevalência próxima a nacional (20%)	Promoção de campanhas “Dia do hipertenso”; Campanhas educativas; Criar o hábito regular da população realizar aferições domiciliares.	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Estimular farmácias e outros pontos de aferição de pressão arterial; Financeiro → para

				aquisição e confecção de cartazes.
<b>Subnotificação de diabéticos</b>	“Glicose certa” Busca ativa de diabéticos	Identificação de prevalência próxima a nacional (20%)	Manutenção do momento do diabético; Promoção de campanhas “dia do diabético”; Campanhas educativas; Grande número de doentes com glicosímetros.	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação sobre a enfermidade; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Negociar glicosímetros com a Secretaria de saúde para pacientes DM 2. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes; Para aquisição de fitas glicêmicas.
<b>Ausência de classificação de risco de portadores dessa enfermidade;</b>	“+ Risco” Bom controle com adequada estratificação.	Priorizar exames e cuidados de quem tem maior risco.	Melhorar o hábito de controle glicêmico, pressórico e alimentar.	Organizacional → organizar fluxogramas de atendimento e risco; Cognitivo → Treinamento e atualização no assunto; Político → Conseguir autorização da secretaria par dias prioritários no atendimento; Financeiro → Para se realizar exames

				com menor intervalo de tempo em quem tem maior risco.
<b>Dificuldade de acesso a informações sobre as patologias (pouco espaço na unidade para cartazes; grupos operativos desativados; baixo nível de estudo).</b>	“ + conhecimento” Informar e conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico e do controle.	Melhora dos hábitos de vida dos portadores de HAS, DM.	Reativação dos grupos operativos; Cartilhas informativas das patologias; cartazes trocados periodicamente.	Organizacional → Para reativar os grupos; Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos e sobre as cartilhas. Político → Parceiros para a confecção das cartilhas; Financeiro → Para confecção das cartilhas e material para os grupos.
<b>Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, má alimentação, dificuldade de acesso a outras formas de esportes que não seja caminhada)</b>	“ Viva mais” Informar e conscientizar a população sobre a importância de hábitos saudáveis	Minimizar a ocorrência de complicações de HAS e DM.	Ativação de grupos de adolescentes e pediátricos; Programa de caminhada orientada; Programa de ginástica em grupo; Programa de grupos de dança; Cartilhas de orientações dietéticas e hábitos saudáveis	Organizacional → para organizar e criar os programas Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar para os programas Político → Espaços para os programas; Conveniência com faculdades para orientadores para os programas; Financeiro → Para confecção das cartilhas e material para os programas.
<b>Baixo nível econômico (dificuldade de acesso a produtos menos calóricos)</b>	“Comer bem e barato” Conscientizar que muitos alimentos estão esquecidos na	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a	Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.	Organizacional → Criar os programas Cognitivo → Treinamento para orientação da

	alimentação.	horta doméstica.		população. Político → Conveniação com faculdades para orientadores para os programas; Financeiro → para manutenção dos programas
<b>Dificuldade de acesso a exames de controle e rotina</b>	“+ acesso” Facilitar o acesso a exames pelo serviço público e privado.	Melhor controle laboratorial.	Multirões laboratoriais; Conveniações laboratoriais.	Organizacional → para organizar os multirões. Cognitivo → não há Político → Conveniações com os laboratórios; Negociar multirões com a secretaria. Financeiro → Para os multirões.
<b>Baixa adesão ao tratamento</b>	“+ fácil” Linguagem fácil e adequação de tratamento. Adaptar o tratamento a realidade do paciente.	Maior adesão terapêutica.	Programa de reclamações e mudanças terapêuticas.	Organizacional → para permitir horário na agenda para pacientes com dificuldade no tratamento. Cognitivo → Aprender Novas formas de linguagem para facilitar o entendimento do paciente. Político → não há Financeiro → não há.

### 6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Para a resolução dos nós críticos, recursos são necessários, e alguns são essenciais, críticos por terem um papel transformador mais evidente. Assim para cada operação se faz necessário identificação dos recursos indispensáveis para a viabilidade do projeto.

Quadro 03 – Identificação dos recursos críticos.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>“Menos pressão”</b>	Organizacional → Organizar campanhas e cartazes; Político → Conseguir novos espaços para campanhas.
<b>“Glicose certa”</b>	Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Negociar glicosímetros com a Secretaria de saúde para pacientes DM 2. Financeiro → Aquisição de fitas glicêmicas.
<b>“+ Risco”</b>	Organizacional → Organizar fluxogramas de atendimento e risco; Político → Conseguir autorização da secretaria par dias prioritários no atendimento; Financeiro → Para se realizar exames com menor intervalo de tempo em quem tem maior risco.
<b>“ + conhecimento”</b>	Organizacional → Para reativar os grupos; Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos e sobre as cartilhas.
<b>“Viva +”</b>	Organizacional → para organizar e criar os programas Político → Conveniação com faculdades para orientadores para os programas;
<b>“Comer Bem e Barato”</b>	Organizacional → Criar os programas Político → Conveniação com faculdades para orientadores para os programas;
<b>“+ Acesso”</b>	Político → Conveniações com os laboratórios; Negociar multirões com a secrearia. Financeiro → Para os multirões.
<b>“+ fácil”</b>	Organizacional → Para permitir horário na agenda para pacientes com dificuldade no tratamento. Cognitivo → Aprender Novas formas de linguagem para facilitar o entendimento do paciente.

## 6.8. Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Após a checagem dos recursos essenciais, o plano tem que apresentar viabilidade para ser operacionalizado. Em sua análise de viabilidade se conecta os recursos aos atores controladores dele e a motivação – intenção em relação aos objetivos traçados inicialmente. Todos visualizados abaixo..

Quadro 04 – Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>“Menos pressão”</b>	Organizacional → Organizar campanhas e cartazes; Político → Conseguir novos espaços para campanhas.	Integrantes da unidade;  Associações do bairro e escolas.	Favorável  Favorável	Reuniões e ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos.
<b>“Glicose certa”</b>	Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Negociar glicosímetros com a Secretaria de saúde para pacientes DM 2. Financeiro → Aquisição de fitas glicêmicas.	Associações do bairro e escolas. Secretário de saúde e ministério da saúde; Secretário de saúde.	Favorável  Favorável  Indiferente	Carta de apresentação dos projetos Mostrar que já existem projetos de incentivo. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.
<b>“+ Risco”</b>	Organizacional → Organizar fluxogramas de atendimento e risco; Político → Conseguir autorização da secretaria par dias prioritários no atendimento; Financeiro → Para se	Integrantes da unidade;  Secretário de saúde.  Secretário de	Favorável  Indiferente  Indiferente a	Reuniões e ambiente descontraído. Carta de apresentação demonstrando benefícios. Carta de

	realizar exames com menor intervalo de tempo em quem tem maior risco.	saúde e laboratórios particulares.	favorável.	apresentação demonstrando benefícios.
<b>“ + conhecimento”</b>	Organizacional → Para reativar os grupos;	Integrantes da unidade;	Favorável	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência
	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos e sobre as cartilhas.	Parceiros e Integrantes da unidade;	Favorável	Não se faz necessário
<b>“Viva +”</b>	Organizacional → para organizar e criar os programas	Integrantes da unidade;	Favorável	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência.
	Político → Conveniação com faculdades para orientadores para os programas;	Parceiros e Integrantes da unidade;	Favorável	Carta de apresentação
<b>“Comer Bem e Barato”</b>	Organizacional → Criar os programas	Integrantes da unidade;	Favorável	Não se faz necessário.
	Político → Conveniação com faculdades para orientadores para os programas;	Parceiros	Favorável	Carta de apresentação
<b>“+ Acesso”</b>	Político → Conveniações com os laboratórios; Negociar multirões com a secretaria.	Secretário de saúde e laboratórios particulares.	Favorável	Carta de apresentação demonstrando benefícios.
	Financeiro → Para os multirões.	Secretário de saúde	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios.

“+ fácil”	Organizacional → Para permitir horário na agenda para pacientes com dificuldade no tratamento.	Integrantes da unidade;	Indiferente	Reuniões e ambiente descontraído; Apresentar benefícios à médio prazo no trabalho de assistência.
	Cognitivo → Aprender Novas formas de linguagem para facilitar o entendimento do paciente.	Integrantes da unidade;	Favorável	

### 6.8. Nono passo: Elaboração do plano operativo

Com a viabilidade analisada, parte-se para o plano de execução do projeto. Atribui-se papéis aos atores participantes, com prazos e recursos interligados. As ações podem ou não possuir etapas, e podem apresentar vários atores para sua plena execução.

Quadro 05 – Plano operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Menos pressão” Busca ativa de hipertensos	Identificação de prevalência próxima a nacional (35%)	Promoção de campanhas “Dia do hipertenso”; Campanhas educativas; Criar o hábito regular da população realizar aferições domiciliares.	Reuniões e ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos.	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação. Início das campanhas com dois meses.
“Glicose certa”	Identificação de	Manutenção do momento do	Carta de apresentação dos	Agentes, enfermeiro e	Carta de apresentação

<b>Busca ativa de diabéticos</b>	prevalência próxima a nacional (12%)	diabético; Promoção de campanhas “dia do diabético”; Campanhas educativas; Grande número de doentes com glicosímetros.	projetos Mostrar que já existem projetos de incentivo. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.	o médico.	imediate. Início das campanhas com dois meses.
<b>“+ Risco” Bom controle com adequada estratificação.</b>	Priorizar exames e cuidados de quem tem maior risco.	Melhorar o hábito de controle glicêmico, pressórico e alimentar.	Reuniões e ambiente descontraído. Carta de apresentação demonstrando benefícios. Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Agentes, enfermeiro e o médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação. Início dos grupos operacionais imediato.
<b>“ + conhecimento” Informar e conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico e do controle.</b>	Melhora dos hábitos de vida dos portadores de HAS, DM.	Reativação dos grupos operativos; Cartilhas informativas das patologias; cartazes trocados periodicamente.	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência	Agentes, enfermeiro e o médico.	Confecção da carta de apresentação. Início da distribuição das cartilhas com três meses.
<b>“ Viva +” Informar e conscientizar a população sobre a importância de hábitos saudáveis</b>	Melhora dos hábitos de vida de toda a população	Ativação de grupos de adolescentes e pediátricos; Programa de caminhada orientada; Programa de ginastica em grupo;	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência. Carta de apresentação; Pacto de responsabilização do usuário em	Agentes, enfermeiro. Parceiros dos programas.	Confecção da carta de apresentação. Treinamento dos todos com 30 dias. Início da distribuição das cartilhas com três meses. Início dos programas com

		Programa de grupos de dança; Cartilhas de orientações dietéticas e hábitos saudáveis	relação ao seu modo de levar a vida.		dois meses.
<b>“Comer bem e barato” Conscientizar que muitos alimentos estão esquecidos na alimentação.</b>	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta domestica.	Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.	Carta de apresentação	Agentes de saúde Parceiros das campanhas.	Confecção da carta de apresentação. Treinamento dos agentes com 30 dias. Início dos programas com dois meses.
<b>“+ acesso” Facilitar o acesso a exames pelo serviço público e privado.</b>	Melhor controle laboratorial.	Multirões laboratoriais; Conveniências laboratoriais.	Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Enfermeiro e médico. Parceiros dos multirões.	Confecção da carta de apresentação e reunião com parceiro em 30 dias.
<b>“+ fácil” Linguagem fácil e adequação de tratamento. Adaptar o tratamento a realidade do paciente.</b>	Maior adesão terapêutica.	Programa de reclamações e mudanças terapêuticas.	Reuniões e ambiente descontraído; Apresentar benefícios à médio prazo no trabalho de assistência.	Todos da unidade de saúde. Parceiros para treinamentos.	Reuniões de início imediato com Processo de educação continuada. Início de treinamentos com 90 dias.

### 6.10. Décimo passo: Plano de gestão

Para o sucesso das operações desenhadas, o acompanhamento é essencial. Assim, um plano de checagem de andamento envolve tanto os atores, quanto os prazos e a remodelagem para execução total do projeto.

Assim, como proposta de gestão foi desenhado o quadro abaixo:

Quadro 06 – Plano operativo

<b>Operação</b>					
<b>Coordenador/tempo de avaliação periódica.</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
<b>“Menos pressão”</b>					
<b>Coordenador: Enfermeira – Eva Patrícia / Avaliação Mensal</b>					
<b>“Dia do hipertenso”;</b>	Enfermeiro	Início imediato	Iniciado com baixa adesão da população	Baixa divulgação	Divulgação imediata em visitas domiciliares e na recepção da unidade
<b>Campanhas educativas;</b>	Agentes de saúde	Dois meses para início	Carta de apresentação realizada e entregue	Aguarda resposta	Não há
<b>Criar o hábito regular da população realizar aferições domiciliares.</b>	Agentes de saúde	Início imediato	Iniciado juntamente com as visitas		
<b>“Glicose certa”</b>					
<b>Coordenador: Enfermeira – Eva Patrícia / Avaliação Mensal</b>					
<b>“dia do diabético”;</b>	Enfermeiro	Início imediato	Iniciado com baixa adesão da população	Baixa divulgação	Divulgação imediata em visitas domiciliares e na recepção da unidade
<b>Campanhas educativas;</b>	Agentes de saúde	Dois meses para início	Carta de apresentação realizada e entregue	Aguarda resposta	Não há
<b>Grande número de doentes com glicosímetros.</b>	Médico e Enfermeiro	Início imediato	Quase todos os portadores de DIA tipo I já estão com requisição na		

			Secretaria de saúde. Carta de apresentação realizada e entregue	Aguarda resposta	Não há
<b>“+ Risco”</b>					
<b>Coordenador: Médico – Lucas Veloso / Avaliação Mensal</b>					
<b>Melhorar o hábito de controle glicêmico, pressórico e alimentar.</b>	Médico	Início da classificação de risco nas consultas de imediato – 6 meses total	Todos os projetos em andamento com boa adesão  Carta de apresentação realizada e entregue a SMS	Aguarda resposta	Não há
	Enfermeiro	Reuniões de grupos operativos de início imediato			
	Agente da recepção	Ajuda na classificação de risco e orientações de imediato			
<b>“+ conhecimento”</b>					
<b>Coordenador: Enfermeira – Eva Patrícia / Avaliação Mensal</b>					
<b>Reativação dos grupos operativos;  Cartilhas informativas das patologias;  cartazes trocados periodicamente</b>	Enfermeiro	Início imediato	Grupos Já funcionando com boa adesão	Não há	Não há
	Médico	Três Meses	Carta de apresentação realizada e entregue.		
	Agentes de saúde	Imediato	Já em funcionamento		

<b>“Viva +”</b>					
<b>Coordenador: Enfermeira – Eva Patrícia / Avaliação Mensal</b>					
<b>Ativação de grupos de adolescentes e pediátricos;</b>	Enfermeira	Imediato	Grupos Já funcionando com boa adesão.		
<b>Programa de caminhada orientada;</b>	Agente de saúde Kendel	Dois meses	Carta de apresentação realizada e entregue.		
<b>Programa de ginastica em grupo;</b>	Agente de saúde Cenilde	Dois meses	Carta de apresentação realizada e entregue.		
<b>Programa de grupos de dança;</b>	Agente de saúde Lea	Dois meses	Carta de apresentação realizada e entregue.	Não há	Não há
<b>Cartilhas de orientações dietéticas e hábitos saudáveis</b>	Médico	Três meses	Carta de apresentação realizada e entregue. Texto já iniciado		
<b>“Comer bem e barato”</b>					
<b>Coordenador: Agente de Saúde - Angela/ Avaliação Mensal</b>					
<b>Programa de horta doméstica;</b>	Agente de saúde Clea	Treinamento em 30 dias com implantação em	Treinamento Já realizado Carta de apresentação realizada e	Não há	Não há
<b>Programa de</b>	Agente de	2 meses. Carta			

<b>culinária barata.</b>	saúde Cenilde	de apresentação imediate	entregue.		
<b>“+ acesso”</b>					
<b>Coordenador: Enfermeira – Eva Patrícia / Avaliação Mensal</b>					
<b>Multirões laboratoriais;</b>  <b>Conveniações laboratoriais</b>	Médico.	Carta de apresentação imediata, Reunião com parceiros em 30 dias.	Carta de apresentação realizada e entregue	Dificuldade de reuniões por motivos de festividades de final de ano	60 dias
<b>“+ fácil”</b>					
<b>Coordenador: Agente de Saúde – Izamara / Avaliação Mensal</b>					
<b>Programa de reclamações e mudanças terapêuticas.</b>	Agente de Saúde Izamara	Reuniões de início imediato, Processo de educação continuada. Início de treinamentos com 90 dias.	Reuniões e atividades interativas com a população já iniciada. Educação continuada ainda não definida.	Festividades de final de ano e ausência de ambiente adequado	Prazo mantido

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia saúde da família é uma ferramenta fundamental para o cuidado de saúde baseado em prevenção e conscientização. As ações propostas de divulgação, educação social e promoção de saúde permitem melhorar da qualidade de vida direta e indiretamente da população assistida pela equipe.

Como resultado teremos uma prevalência mais coerente com a nacional e a identificação passará a ser precoce. A prevenção passará a bandeira de tratamento, tanto para quem não possui a doença quanto para quem já é portador, que previnirá de complicações.

O trabalho está trazendo bons frutos, tanto para os portadores das enfermidades quanto para os seus familiares que estão mais tranquilos com as novas abordagens da equipe. Os sadios também estão aderindo aos programas pela curiosidade e pelo desejo pelo conhecimento que está sendo divulgado.

A abordagem foi bem escolhida. Algumas dificuldades no início pela quantidade de ações necessárias, mas de fácil implementação. Várias nem sequer mudaram a rotina da equipe, como as avaliações mensais, já que a mesma já se reunia semanalmente. Desafios ainda estão por vir por motivos financeiros e de espaços externos para realizações de campanhas. O espaço físico da unidade também será um desafio, já que a procura pelos grupos está maior do que a esperada.

Mas o principal a ESF já está conseguindo: resultados - Novos portadores assintomáticos, pacientes estratificados e acompanhados, melhor adesão e controle das condições dos enfermos.

## BIBLIOGRAFIA:

ASPECTOS GERAIS. [on line] 2013. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

Cidades@ Montes Claros. [on line] 2013. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 14 abr. 2013.

Consolidado de informações de produtividade do Sistema de Informações da Atenção Básica da Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Novo Delfino Mês ref. Out. 2013.

Coordenadoria da Atenção básica – Secretaria Municipal de saúde de Montes Claros.

Dados Gerais da cidade de Montes Claros. [on line] 2012. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br>> Acessado em: 08 Nov. 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009 / SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 3ed. Farmacêutica. 2009.

Goldman L., Ausiello D. **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 23ªed. 2012.

JUNIOR, I. M.; CIERCO, A. A.; ROCHA, A. V.; MOTA, E.B.; LEUSIN, S. **Gestão de qualidade**. 9 ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. (Série Gestão Empresarial).

PORTARIA Nº 1.602, DE 9 DE JULHO DE 2011. 2011, Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>> Acessado em: 15 abr. 2013.

Ranking do índice de desenvolvimento humano – IDH – dos municípios do Brasil 2003 (Censo 2000). [on line] 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>> Acesso em: 9 abr. 2013.

Sala de apoio à gestão estratégica – SAGE – Indicadores de saúde Portal da Saúde [on line] 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 08 Nov. 2013.

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Consolidação da base de dados de 2011 (Censo 2000). [on line] 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 01 Nov. 2013.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 95(1 supl.1): 1-51. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA OBESIDADE - I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Arq Bras Cardiol** 28(1 supl.1): 1-28. 2006.