

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ÉLLIDA RODRIGUES ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DO DIABETE
MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR ARNALDO GODOY DE SOUZA,
UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

UBERABA - MINAS GERAIS

2018

ÉLLIDA RODRIGUES ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DO DIABETE
MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR ARNALDO GODOY DE SOUZA,
UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

UBERABA - MINAS GERAIS

2018

ÉLLIDA RODRIGUES ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DO DIABETE
MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR ARNALDO GODOY DE SOUZA,
UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Examinador 1 - Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora (UFMG)

Examinador 2 – Profa. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em de de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pelo dom da vida e por essa oportunidade, e à minha família pelo amor e apoio constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me deu o dom da vida e me proporcionou concluir essa especialização.

À minha família por todo apoio e dedicação nessa minha jornada acadêmica.

À Faculdade, à minha orientadora e aos professores por todo conhecimento ensinado.

E a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse concluir os estudos.

“A felicidade é como a saúde: se não sentes a falta dela, significa que ela existe.”

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes são duas condições crônicas em saúde incidentes e prevalentes na população brasileira, passíveis de intervenção no contexto da atenção básica à saúde. Na cidade de Uberlândia, especificamente na população adstrita a UBS Doutor Arnaldo Godoy de Souza, houve aumento da população hipertensa e diabética, motivando este projeto de intervenção. O objetivo foi desenvolver um plano de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos relacionados ao diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy de Souza em Uberlândia, Minas Gerais. Adota-se a metodologia do estudo documental e bibliográfico no contexto da referida unidade, seguido de uma proposta de intervenção na realidade encontrada. Foram consideradas as etapas do planejamento estratégico situacional, incluindo a identificação do problema principal e seus nós críticos como hábitos de vida inadequados, pouca informação da população sobre os riscos do diabetes e hipertensão, estrutura inadequada do serviço de saúde, processo de trabalho inadequado para enfrentar o problema, possibilitando a construção de um plano de intervenção. Conclui-se que as unidades básicas de saúde são espaços para abordagens das doenças crônicas, porque consideram a ação no território e que atenção básica deve ser a ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, de modo que o plano de ação criado será apresentado à gestão municipal para implantação.

Palavras-chave: Diabete Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension and diabetes are two chronic health conditions that are prevalent and prevalent in the Brazilian population, which can be intervened in the context of basic attention to health. In the city of Uberlândia, specifically in the population affiliated to UBSF, Dr. Arnaldo Godoy de Souza, there was an increase in the hypertensive and diabetic population, motivating this intervention project. The objective was to develop a plan of action for health promotion and prevention of risks and complications related to diabetes mellitus and systemic arterial hypertension at the Basic Family Health Unit Dr. Arnaldo Godoy de Souza in Uberlândia, Minas Gerais. The methodology of the documentary and bibliographic study in the context of this unit is adopted, followed by a proposal of intervention in the reality found. The stages of the situational strategic planning, including the identification of the main problem and its critical nodes as inadequate life habits, poor information on the risks of diabetes and hypertension, inadequate health service structure, inadequate work problem), allowing the construction of a plan of intervention. It is concluded that basic health units are spaces for approaches to chronic diseases, because they consider the action in the territory and that basic care should be the care provider in the health care network, so that the action plan created will be presented to the municipal management for deployment.

Key words: Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. The family health strategy. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DC	Débito Cardíaco
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabete Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ADH	Hormônio Antidiurético
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
RVP	Resistência Vascular Periférica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Doutor Arnaldo Godoy, município de Uberlândia, Estado de Minas Gerais.....	17
Figura 1 – Explicação do problema “risco aumentado de diabéticos e hipertensos”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy, no município de Uberlândia, Minas Gerais.....	36
Quadro 2 - Operações sobre os “nós críticos” relacionado ao problema “risco aumentado de diabéticos e hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy, do município Uberlândia, Minas Gerais.....	38

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Breves informações sobre Uberlândia.....	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 A Equipe Saúde da Família da Unidade Doutor Arnaldo Godoy.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.5 Priorização dos problemas.....	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos gerais	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 O direito fundamental à saúde	22
5.2 Estratégia Saúde da Família	23
5.3 Diabetes Mellitus.....	24
5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	27
5.5 Abordagem do DM e da HAS na atenção básica	29
5.5.1 Abordagens educativas em saúde para hipertensos e diabéticos.....	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Problemas identificados na saúde.....	33
6.2 Identificação do problema prioritário	34
6.3 Explicação do problema e determinação dos nós críticos	35
6.4 Desenho das operações e recursos críticos	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é articular os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede “a partir da APS requer mecanismos de gestão para que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção” (MENDONÇA, 2011, p. 27).

Na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Doutor Arnaldo Godoy, situada no bairro Custódio Pereira em Uberlândia, Minas Gerais, além de várias atividades realizadas pelos profissionais de saúde, ocorre o planejamento de ações a serem implantadas. No local, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é desenvolvida mediante ações planejadas a partir de demandas, bem como de percepções, vivências na região e discussões em tutorias de campo. A organização do processo de trabalho embasa-se em ações coletivas e dos núcleos de referência da ESF em questão. A ESF valoriza “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população” (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p.143).

A atuação das equipes de profissionais exige um contínuo preparo em relação à temática familiar, principalmente porque sua compreensão vincula-se à educação em saúde. Logo, “essas exigências do saber profissional das equipes remetem a reflexão da necessidade de novas especialidades nas equipes” (ACOSTA; VITALLE, 2008, p.173).

O grupo de educação em saúde da UBSF Doutor Arnaldo Godoy de Souza tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Atualmente, há grupos de Saúde de Gestantes, em horários precedentes às consultas de pré-natal; Grupo Saúde do Homem, que trabalha com a saúde sexual e reprodutiva, envolvendo a autoestima, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Neoplasias, projeto de vida entre outros; Grupo de Hipertensão, organizado por assistentes sociais e enfermeiros que promovem aferições de pressão arterial e atividades físicas capazes de desenvolver novas habilidades.

Além de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos, a equipe de saúde busca desfazer os nós críticos identificados na Família da UBSF Doutor Arnaldo Godoy.

O Diabetes Mellitus, problema identificado na comunidade da UBSF Doutor Arnaldo Godoy, possui alguns nós críticos, como a falta de informação sobre riscos e agravos; hábitos e estilos de vida errôneos; estrutura dos serviços de saúde deficiente. A partir de cada nó identificado, foi elaborada uma operação com objetivo de aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes, modificar hábitos e estilo de vida, melhorando o acompanhamento de riscos e a autonomia do usuário por meio de uma atenção integral.

1.1 Breves informações sobre Uberlândia

Uberlândia constitui uma microrregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais na região Sudeste do Brasil, situada na região oeste da capital do Estado. Segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2016), a população uberlandense era de 669.672 habitantes em 2016, sendo o município mais populoso da região do Triangulo Mineiro e o segundo mais populoso de Minas Gerais, depois da capital de Belo Horizonte.

Uberlândia é o município mais populoso do interior de Minas e o quarto município mais populoso do interior do Brasil, além de ser o 12º mais populoso do país, excetuando-se as capitais. Ocupa uma área de 4,1 mil quilômetros quadrados, dos quais 135,3 quilômetros quadrados estão em perímetro urbano (IBGE, 2016).

A temperatura média anual do município, cuja vegetação predominante é o cerrado, é de 22,3 graus centígrados. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de acordo com dados de 2010 do IBGE, é de 0,789, considerado “alto” pela Organização das Nações Unidas, sendo o terceiro município com melhor IDH do Estado e o 71º do país, estando, inclusive, acima da média estadual e nacional, que foram calculadas no mesmo ano como de 0,731 e 0,699, respectivamente (IBGE, 2016).

A denominação de Uberlândia, que foi emancipada de Uberaba no final da década de 1880, ocorreu mediante a Lei Estadual 1.128, de 19 de outubro de 1929. A

cidade possui uma localização geográfica privilegiada, com uma malha rodoviária vinculada aos grandes centros nacionais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília (IBGE, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

Sendo considerada como referência em saúde para a região do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiano, Uberlândia possui mais de uma dezena de hospitais, tanto privados como públicos, como o Hospital das Clínicas (SUS/UFU); Unidade de Atendimento Integrado (UAI) localizadas em oito bairros da cidade; Hospital Santa Marta, que oferece cirurgias e atendimento pelo SUS; Hospital do Câncer (SUS) e Hospital São Francisco (SUS). Há também no município o Hospital e Maternidade Municipal, com 258 leitos para assistência de média complexidade, pediatria e maternidade. São 40 salas de UTI individuais, 12 UTIs neonatal, além de integrar a Rede de Atenção em Saúde.

Em instância primária, a rede de atenção à Saúde é composta por 70 equipes da Estratégia Saúde da Família (entre zona urbana e rural), quatro Unidades Básicas de Saúde do Modelo Tradicional, seis Centros de Atenção Psicossociais, e cinco Unidades de Pronto Atendimento (UAI). No nível secundário da atenção e alta complexidade, possui dois hospitais, sendo um municipal e um Hospital Escola ligado à Universidade Federal.

1.3 A Equipe Saúde da Família da Unidade Doutor Arnaldo Godoy

A Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy, situada no bairro Custódio Pereira, em Uberlândia, possui ampla estrutura consolidada em UBS e UBSF, além de ser integrada por profissionais objetivando melhorar a assistência prestada pelo SUS para fortalecimento na atenção básica. 4000 pessoas constituem a população atendida nessa Unidade, das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira, evidenciando o ótimo aproveitamento de sua área física, que comporta salas de recepção e espera, onde os usuários agendam suas consultas e aguardam atendimentos.

Uma médica, uma enfermeira e cinco agentes comunitários de saúde (ACS) são os profissionais que atuam na ESF, porém a unidade é composta também de recepcionistas, médicos especialistas, farmacêuticos, odontólogos, psicológicos,

fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, serviços gerais, residentes, dentre outros. Todos os profissionais englobam a Unidade de Saúde em UBS e UBSF.

Na Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy, priorizando-se a satisfação dos usuários e do profissional de saúde, há consultórios indiferenciados, como pediatria, ginecologia e clínica médica para o acolhimento, consultório odontológico para atendimento de saúde bucal, salas de observação, procedimentos e coletas laboratoriais, sala de vacinas e curativos, sala do PEG para realização de atividades coletivas, sala para agentes comunitários de saúde, sala de estocagem e dispensação de medicamentos entre 8 e 17 horas, cozinha e sanitários.

Quanto à atenção primária no sistema municipal de saúde de Uberlândia, um problema proeminente consiste no fato de os pacientes ainda não a utilizarem como acesso preferencial, sendo que muitos deles ainda procuram as Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que ficam sobrecarregadas em termos de demandas. Na atenção primária, observa-se a falta de referência e contra referência, principalmente devido à escassez de prontuário eletrônico único.

Pacientes de alta complexidade atendidos em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, por exemplo, podem ser encaminhados para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Após ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, são reencaminhados a uma unidade de menor complexidade para dar prosseguimento ao tratamento.

O objetivo da Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy de Souza é melhorar a assistência prestada pelo SUS para fortalecimento da atenção básica. Nessa perspectiva, sua equipe tem por desafio principal ampliar a assistência à saúde, visando a uma maior e mais completa resolução de problemas com qualidade, equidade para assegurar a prática da igualdade na assistência de todos os cidadãos e com participação social da população no sentido de definir as prioridades nos atendimentos e de fiscalizar o funcionamento do serviço.

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

O plano operativo da Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy de Souza é, ao mesmo tempo, estratégico e situacional. Trata-se de uma construção, concebida

como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que devem ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja realizável o desiderato do plano como um todo. Os sete planos de ação dizem respeito ao momento explicativo, e nele é realizada a análise da situação de saúde.

Quanto aos problemas relacionados à Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy, a Unidade é compartilhada com módulo de UBS; faltam agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos e segurança, assim como medicação e material para procedimentos, insumos de limpeza e para os profissionais; o carro disponibilizado pela prefeitura para atender a UBS e UBSF em visitas domiciliares primeiramente conduz uma equipe enquanto a outra aguarda na unidade, de forma que o tempo é escasso para atender toda a área de abrangência.

A definição dos problemas relativos à saúde ocorre quando são produzidas informações sobre as causas e consequências de tais problemas presentes na área de abrangência da equipe. Não existe um problema isolado, na medida em que há vários problemas relacionados. Quando um problema é identificado, a equipe de saúde considera se se trata de um problema finalístico ou terminal. Assim, ante a identificação dos problemas, há a definição coletiva das prioridades.

1.5 Priorização dos problemas

Ao selecionar problemas prioritários, a equipe da Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy de Souza considera como critério: a importância dos problemas, suas urgências e a capacidade do grupo para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, a forma de selecionar os problemas e elaboração de uma planilha onde os mesmos são identificados e analisados em consonância com os valores que lhes são atribuídos, do seguinte modo: atribuindo os valores de “alto”, “médio” ou “baixo” para a importância do problema, outorgando pontos de zero a dez conforme urgência e definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, que numera os problemas por ordem de prioridades a partir dos resultados de aplicação dos critérios.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Doutor Arnaldo Godoy, município de Uberlândia, Estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco aumentado de Diabetes e Hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Distribuição das famílias segundo destino do lixo.	Alta	5	Parcial	2
Esgoto	Alta	4	Fora	4
Abastecimento de água	Alta	4	Fora	4

Fonte: Dados da Unidade Básica de Saúde Doutor Arnaldo Godoy

A seleção foi realizada por meio das análises dos pontos de valores atribuídos. Para a equipe, o risco de Diabetes e Hipertensão aumentado foi selecionado como prioridade 1.

2 JUSTIFICATIVA

A história da saúde no Brasil não ocorre de forma isolada, mas vinculada a todas as questões elementares ao desenvolvimento do ser humano (CARVALHO, 2013). O mesmo pode ser constatado localmente no município de Uberlândia. Diante disso, o presente trabalho se justifica por apresentar informações sobre situações problemáticas de saúde, como as causas e corolários de problemas relativos à saúde.

Optou-se, nesta pesquisa, pela atuação sobre um problema prioritário e seus nós críticos existente na UBSF Doutor Arnaldo Godoy, a saber: a elevação do percentual de Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

É importante resolver o problema identificado porque DM e HAS são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que constituem, por sua vez, a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, razão pela qual representam agravos à Saúde Pública (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver um plano de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos relacionados ao diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy de Souza em Uberlândia, Minas Gerais.

3.2 Objetivos gerais

- Dissertar sobre o direito fundamental à saúde e a estratégia de saúde da família;
- Descrever o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica;
- Citar os fatores dificultadores ao controle da pressão arterial e da glicemia nos usuários da UBSF Doutor Arnaldo Godoy;
- Propor ações educativas para prevenção de diabetes mellitus e hipertensão arterial e suas complicações;
- Sugerir ações de melhoria no processo de atendimento da população diabética e hipertensa da área de abrangência da UBSF Doutor Arnaldo Godoy.

4 METODOLOGIA

Etimologicamente, metodologia significa o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica (MINAYO, 2007).

Já uma pesquisa científica pode ser entendida como um procedimento racional e sistemático, cujo objetivo é “proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados” (GIL, 2007, p. 1117).

Nesse sentido, uma pesquisa é iniciada se houver uma pergunta, uma dúvida que requer uma resposta. Em específico, para realizar esse Trabalho de Conclusão de Curso, foi utilizada a estimativa rápida para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem tomadas, seguindo o proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Este estudo pode ser considerado documental e bibliográfico quanto aos procedimentos. Documental, pois ao utilizar de fonte de papel e documentos visa construir um modelo da realidade; já a pesquisa bibliográfica consiste no exame da literatura científica, buscando um levantamento e análise do que já se produziu sobre um determinado tema.

A fim de conseguir atingir o objetivo proposto, foi optado por uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos publicados no período de 2000 a 2017; sendo que também foram pesquisadas teses, dissertações e livros publicados nesse período, no sentido de aprofundar aspectos relacionados ao tema. Já no desenvolvimento desse trabalho, foram realizadas a leitura e a análise de vários autores, com a realização de fichamentos e a interpretação dos mesmos sobre o assunto.

Para a revisão de literatura, foram utilizados os descritores: Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa documental utilizou dos registros relacionados aos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS UBSF Doutor Arnaldo Godoy, que permitiram a exposição das dificuldades enfrentadas no processo de controle de índices pressóricos e glicêmicos e, a partir disso, propor o plano de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para esta população.

O plano de ação foi construído obedecendo às etapas do Planejamento Estratégico Situacional, a citar: definição dos problemas, priorização dos problemas (a partir da importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção), descrição do problema, explicação do problema, seleção de nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, definição dos responsáveis e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010; CORREA *et al.*, 2012).

Do ponto de vista ético foi solicitada a autorização da gestão local para utilização dos dados da unidade de saúde estudada, nenhum dado de usuário foi divulgado, representando o respeito aos princípios éticos da pesquisa.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O direito fundamental à saúde

O direito fundamental à saúde vem enquadrado no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Saúde da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1990, sp.). Em seu artigo 196 estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo um dever, a saúde não se encontra adstrita apenas como um direito fundamental, sendo constituída também como um dever, imposição cuja manutenção e garantia são de cunho obrigatório. Corrobora essa noção o entendimento de Ingo Sarlet, “sublinhando a obrigação precípua do poder público para com a efetivação deste direito” (SARLET, 2007, p.5).

Na atualidade, a saúde é concebida sob o prisma da integralidade das ações para o atendimento, além de serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento nas diretrizes de saúde pública. A este processo são inerentes três níveis de atenção: a básica, a média e a alta complexidade, também denominadas atenções primária, secundária e terciária.

Cada dia mais a valorização de intervenções primárias, secundárias e terciárias em saúde pressupõe a necessidade de se compreender e intervir sobre estes contextos do indivíduo e/ou grupos, expostos às diferentes moléstias ou outras condições de agravo à saúde (SEBASTIANI; MAIA, 2005, p. 51).

De baixa complexidade, a atenção básica é relativa ao atendimento realizado em centros e em postos de saúde. O segundo nível de atenção possui média complexidade e objetiva ao atendimento especializado dos principais agravos da saúde, incluindo consultas ambulatoriais e hospitalares, bem como exames e procedimentos cirúrgicos. Já o terceiro nível é de alta complexidade, englobando procedimentos com elevada tecnologia e considerável custo financeiro para os procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2007).

A rede de atenção terciária está relacionada às características de saúde e doença da população, às demandas para as especialidades, às necessidades de

intervenção de outros profissionais da saúde. São necessários procedimentos diagnósticos e terapêuticos específicos e muitas vezes as internações hospitalares são fundamentais a recuperação da pessoa (HARZHEIM, 2011). O mesmo autor salienta que:

A existência de uma rede de nível secundário e/ou terciário não adequadamente integrada às equipes de atenção primária pode gerar prejuízos para a saúde da população, quando subestimada em número ou diversidade de ações ofertadas, como prejuízo financeiro para a gestão municipal, quando a rede de nível secundário é superestimada e/ou superutilizada em relação a alguma ação evitável, como, por exemplo, internações hospitalares por crises de asma não tratadas de forma correta na Atenção Primária (HARZHEIM, 2011, p.50-51).

Atualmente, a saúde no Brasil é organizada pelo SUS, denotando, segundo o artigo 198 da Constituição Federal, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1990, sp.). Por sua vez, essas ações são organizadas em conformidade com as diretrizes de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui uma progressiva cobertura por parte das equipes de Saúde da Família, visando organizar esta atenção em todos os Estados, concretizando, assim, os preceitos constitucionais. No Brasil, “a estratégia de APS para a reorientação do modelo assistencial é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que está presente em mais de 90% dos municípios brasileiros” (HARZHEIM, 2011, p. 46).

A APS brasileira foi implementada como Política Nacional de Atenção Básica, “e está definida em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (MENDONÇA, 2011, p. 23).

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), que

constitui uma estratégia do Ministério da Saúde e é denominado atualmente por Estratégia Saúde da Família (ESF). A estratégia “busca cumprir os princípios da APS, de forma a ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços” (MENDONÇA, 2011, p. 24).

Atualmente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº2436/2017, que visa a efetivação do direito à saúde, a ampliação do escopo de ações da APS através da ESF e atingir a meta de 80% de resolutividade das demandas de saúde da população, com foco nos agravos evitáveis (como aqueles decorrentes da hipertensão e do diabetes) (BRASIL, 2017).

As ações na Estratégia Saúde da Família são estruturadas em termos de trabalho em equipe com território definido, de modo a realizar a satisfação do usuário por meio da aproximação dos profissionais com a comunidade.

Alguns desafios importantes para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de cuidados, são, além da fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade (HARZHEIM, 2011, p. 47).

As equipes trabalham em um espaço determinado, com o intuito de mapearem as áreas e micro áreas. A capacitação da equipe componente da Estratégia Saúde da Família é indispensável para o bom funcionamento e para a consolidação da mesma, particularmente por assegurar a participação e cooperação da população e, com isso, um elo entre os usuários e os profissionais.

5.3 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é considerado como uma epidemia mundial; apenas no Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos e muitos deles sem o diagnóstico (SANTANA *et al.*, 2013). Diversos fatores de risco têm sido apontados como responsáveis pelo aumento do DM: história familiar, idade, etnia, estilos e hábitos de vida pouco saudáveis, alimentação inadequada entre outros. Contribuem também para o aumento da doença o envelhecimento da população e a urbanização cada vez mais crescente (BRASIL, 2013).

Conforme Azevedo e Brito (2012), o desenvolvimento do diabetes é progressivo, especialmente em crianças e adolescentes, sendo que nos adultos o desenvolvimento é mais lento.

O diabetes mellitus classifica-se em: diabetes *mellitus* do tipo 1 (insulino dependente), diabetes *mellitus* do tipo 2 (não insulino dependente) e o diabetes *mellitus* gestacional.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a manifestação do diabetes tipo 1 geralmente é abrupta e acomete, na maioria das vezes, crianças e adolescentes sem excesso de peso. Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose; estando presente em cerca de 5 a 10% dos diabéticos.

No diabetes tipo 1 observa-se a ausência ou redução da secreção da insulina pelas células betas das ilhotas de Langerhans do pâncreas, podendo ser por fatores hereditários, destruição por auto anticorpos ou ainda por vírus (BRASIL, 2013).

O diabetes tipo 2 geralmente tem início insidioso e com sintomas mais brandos, geralmente manifestando-se “em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2”. Caracteriza-se por uma deficiência relativa de insulina, isto é, “há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção” (BRASIL, 2013, p.29).

Para Enes e Slater (2010), o DM 2 ocorre em 90% dos pacientes diabéticos e os principais fatores associados ao surgimento deste tipo de diabetes estão ligados à ausência de atividades físicas, obesidade e o não cuidado com a alimentação.

Já o diabetes *mellitus* gestacional é um estado de hiperglicemia detectado pela primeira vez na gravidez e, geralmente, mostra-se menos severo que o diabetes tipos 1 e 2. Ocorre com a diminuição da tolerância à glicose e quase sempre se resolve no período pós-parto, entretanto pode retornar anos depois (BRASIL, 2013).

Para Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008), a prevalência do diabetes *mellitus* gestacional no Brasil é de 2,4% a 7,2%, variando este índice de acordo com os critérios de diagnóstico.

A detecção do diabetes gestacional deve ser iniciada já na primeira consulta de pré-natal, atentando para os sinais e sintomas clássicos: poliúria, polifagia, polidipsia e perda involuntária de peso, conhecidos como os “4 Ps”. Além disso, é importante a atenção para os fatores de risco da diabetes gestacional, como idade superior a 35 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, história familiar considerando parentes em primeiro grau, crescimento fetal excessivo e deposição central excessiva de gordura corporal no curso da gestação (BRASIL, 2013).

Quanto à morbimortalidade do diabetes mellitus, é algo relacionado às complicações associadas ao processo crônico, ocorrendo acumulação de glicose no sangue que provoca complicações em diversos órgãos do corpo; sendo que estas complicações podem causar o desencadeamento de sequelas, como amputação dos membros inferiores e a cegueira, doenças cardiovasculares, entre outros (FERREIRA *et al.*, 2011).

O diabetes mellitus é mais comum em mulheres, e maioria das pessoas apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Neste sentido, o acompanhamento e o controle do DM na atenção básica à saúde são fundamentais; as intervenções devem focalizar essas múltiplas anormalidades metabólicas, prevenindo o surgimento de diabetes, evitando o seu agravamento e suas complicações, diminuindo a quantidade de internações e reduzindo a mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento do diabetes mellitus pode ser medicamentoso, via oral ou injetável, com uso de insulina NPH ou Regular, por exemplo, ou das seguintes classes: sulfonilureais, metiglinidas, biguanidas, inibidores da alfa-glicosidase, glitazonas, gliptinas, mimético e análogos do GLP-1, inibidores da SGLT2, todos empregados visando a redução dos índices glicêmicos mensurados pelo exame HbA1c. A prática regular de atividade física e alimentação saudável em períodos regulares é fundamental para o cumprimento da meta terapêutica e redução do risco de lesões em órgãos alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A escolha do agente antidiabético deverá levar em consideração o estado geral do paciente, a presença ou não de comorbidades (HAS, dislipidemia) ou outras

complicações do diabetes (neuropatias, nefropatias, lesões oculares, problemas do pé diabético), valores glicêmicos pós-prandial e HbA1c, peso e idade do paciente devem ser considerados, além das possíveis interações medicamentosas, as reações adversas e contraindicações que possam existir (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p.280).

5.4 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica, popularmente conhecida como pressão alta, caracteriza-se por índices de pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Além de ser um problema de saúde prevalente e incidente, em média 25% da população brasileira, é principal fator de risco para doenças cardiovasculares (IAM e cardiopatias), cerebrovasculares (acidente vascular encefálico) e falência renal (GUYTON; HALL, 2017; BRASIL, 2014a).

Os pacientes hipertensos também podem possuir doenças associadas que favorecem a ocorrência de complicações e podem dificultar o controle pressórico, destacando-se o diabetes mellitus, a obesidade, a dislipidemia e o estresse (BOLL; IRIGOYEN; GOLDMEIER, 2012).

O controle da pressão arterial envolve uma série de mecanismos integrados dos sistemas cardiovascular, renal, endócrino e neurológico. Por isso, a etiologia da hipertensão é multifatorial, podendo contemplar a falha nesses mecanismos, hábitos de vida não saudáveis (estresse, tabagismo, etilismo, alimentação rica em sódio e gorduras, sedentarismo, dislipidemia, entre outros), além dos fatores genéticos ou presença de doenças de base (cardiopatias, endocrinopatias, nefropatias prévias) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dois fatores hemodinâmicos são determinantes para determinação da pressão arterial: o débito cardíaco (DC) e a resistência vascular periférica (RVP). Por isso, a PA eleva-se como resultado do aumento ou da queda do CD ou em decorrência da elevação da RVP (GUYTON; HALL, 2017).

Alguns mecanismos podem regular a elevação da PA favorecendo seu retorno à normalidade, como a presença de barorreceptores arteriais no seio carotídeo e no arco da aorta, que detectam a elevação da PA e enviam a informação ao sistema

nervoso central, que passa a modular de modo autônomo a circulação sanguínea, para que a PA tenda a normalidade (reflexo barorreceptor) (GUYTON; HALL, 2017).

Mecanismos hormonais podem ser ativados, como a inibição do hormônio antidiurético (ADH), favorecendo a redução do volume circulante através do reflexo de urina e, assim, reduzindo os índices pressóricos. Em situações de hipovolemia ou hipotensão o sistema renina-angiotensina-aldosterona controla a pressão arterial através do volume extracelular e por meio da bomba de sódio e potássio. A renina é responsável pela conversão de angiotensinogenio em angiotensina I que por sua vez será convertida em angiotensina II pela enzima conversora da angiotensina (ECA). O efeito da angiotensina II é a modulação da aldosterona, um hormônio secretado pela suprarrenal que amplia a reabsorção de sódio nos rins e, por consequência a de água, ampliando o volume circulante. Quando esse mecanismo falha, pacientes em condições normais mantêm níveis elevados de ECA e por consequência de aldosterona, elevando a PA (GUYTON; HALL, 2017).

O tratamento da hipertensão é variado e envolve eixo medicamentoso e não medicamentoso. Ambos devem estar presentes no plano terapêutico para que haja efetividade no cumprimento das metas pressóricas (GUYTON; HALL, 2017).

O tratamento não medicamentoso, de acordo com a VII diretriz brasileira sobre hipertensão deve contemplar: o controle da ingestão de sódio, combate ao sobrepeso, obesidade e sedentarismo, redução da ingestão de álcool e cessação do tabagismo, controle do estresse e abordagem multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento medicamentoso contempla uma variedade de classes de fármacos que podem ser utilizadas, tais como: diuréticos, inibidores adrenérgicos, ação central (agonistas alfa-2-centrais), bloqueadores beta-adrenérgicos, alfa bloqueadores (bloqueadores alfa-1 adrenérgicos), vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA), inibidor direto da renina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A escolha do medicamento deverá considerar o estágio da hipertensão, a condição do paciente, seu nível de entendimento sobre a doença e escolaridade, aspectos socioeconômicos, de modo que a HAS estágio 1: tratamento não medicamentoso associado a monoterapia com diurético, IECA, BCC, BRA e BB (em casos especiais). Caso não atinja metas pressóricas ou efeitos colaterais pode-se aumentar a dose, trocar a medicação ou associar 2º fármaco. Se mesmo assim não atingir metas pressóricas, acrescentar outras classes anti-hipertensivas. HAS estágio 1 com risco cardiovascular alto ou estágios 2 ou 3: iniciar com dois fármacos de classes distintas com doses baixas. Caso não atinja metas pressóricas ou efeitos colaterais pode-se aumentar a dose, trocar a combinação ou associar 3º fármaco. Se mesmo assim não atingir metas pressóricas, ampliar a combinação medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.5 Abordagem do DM e da HAS na atenção básica

A organização das linhas de cuidado aos pacientes com DCNT é regulamentada pela portaria nº483 de abril de 2014, cujos princípios perpassam pelo acesso e acolhimento em todos os pontos de atenção, respeito às diversidades e humanização da atenção. De acordo com a referida portaria cabe à atenção básica responsabilizar-se pelo cuidado integral e contínuo desses pacientes, funcionando como porta de entrada prioritária e meio de organização do cuidado. Para tal utiliza-se das UBS para diagnosticar, rastrear, tratar a população adstrita de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, promover ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento precoce das complicações dos pacientes com DCNT, encaminhá-los para atenção especializada, coordenar o cuidado, considerando necessidades individuais e a realidade desses pacientes (BRASIL, 2014b).

O modelo de trabalho da atenção básica na integralidade das ações e continuidade do cuidado, pautando-se no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, por meio do acolhimento, vínculo, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, não se esquecendo do tratamento e da reabilitação do indivíduo. Dentre essas práticas, o acolhimento é sugerido na literatura como significativo para relação de empatia e afetividade entre atores envolvidos (profissionais e usuários). Por acolhimento compreende-se uma diretriz ética da

Política Nacional de Humanização do SUS, que perpassa pela recepção do usuário no serviço de saúde, o acesso, a escuta qualificada das queixas e angústias, solução de dúvidas, relação de empatia, responsabilização pelo usuário, garantia da assistência com resolutividade e articulação do indivíduo com outros níveis assistências quando necessário (GARUZI *et al.*, 2014).

O eixo de cuidado dos pacientes com doenças crônicas na atenção básica é amplo e visa não apenas a adesão ao tratamento, mas também a continuidade do cuidado, de modo que o paciente não se engane com a falsa ideia de cura e abandone seu tratamento. Nesse contexto, o acolhimento é parte primordial do atendimento a esse usuário, uma vez que propõe a sua escuta, elementos objetivos do atendimento (consulta de enfermagem, consulta médica, aferição de pressão arterial, controle glicêmico, participação de grupos operativos, ações de educação em saúde, acesso a medicação, intervenções na realidade sociocultural, atendimento pelas equipes do núcleo de apoio a saúde da família, acesso a atenção especializada, visitas domiciliares do agente comunitário de saúde) e elementos subjetivos (acolhimento, escuta de queixas, demandas, motivação a adesão ao tratamento e continuidade do mesmo) (BRASIL, 2013; GARUZI *et al.*, 2014).

Os profissionais da atenção básica devem compreender que os pacientes que convivem com DCNT possuem demandas específicas de cuidados, entre eles a dependência de uma atenção contínua, cuidados com alimentação, tratamento medicamentoso, constante preocupação com estados clínicos, necessidades essas que podem e devem ser acolhidas pela rede de atenção à saúde, proporcionando um alívio à sobrecarga e sofrimento da família (BRASIL, 2013).

Portanto, o cenário do cuidado ao paciente com DCNT é amplo, complexo e multifatorial, cabendo às equipes de atenção básica ser a porta de entrada desses indivíduos na rede atenção à saúde, trabalhando não apenas a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, mas também a promoção da adesão, uma vez que não aderir ao tratamento de doenças crônicas permanece como um desafio às equipes de atenção básica (RAUPP *et al.*, 2015).

5.5.1 Abordagens educativas em saúde para hipertensos e diabéticos

A educação em saúde é considerada ação estratégica para promoção da adesão ao tratamento das DCNT no contexto da ESF. Todos os profissionais de saúde devem ter capacidade de educar, desde o agente comunitário de saúde até o enfermeiro e o médico. No processo educativo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também devem ser considerados, porque essas equipes contam com profissionais nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc. que no âmbito das especificidades de cada profissão, podem ofertar o suporte matricial à ESF e abordar os condicionantes das DCNT no contexto do território da ESF (CARVALHO *et al.*, 2012).

O processo de educação em saúde deve considerar o sujeito em sua integralidade, motivo pelo qual abordagens meramente transmissivas devem ser evitadas. Nessas, o profissional assume um papel de detentor do saber que transfere informações ao paciente em formato imperativo (ordens), normas e regras de conduta, fazendo a ação educativa pouco efetiva. Parece haver consenso na literatura, como apontam Moura *et al.* (2011), Brasil (2013), Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2016), Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), o trabalho educativo dos profissionais de saúde deve ser um momento de troca de experiências, na qual o sujeito é considerado ator do processo educativo. Isso favorece o estabelecimento de vínculo e relação de confiança, a adaptação das recomendações à realidade e a capacidade do paciente, favorecendo a adesão ao tratamento.

Isso significa que na educação em saúde o profissional deve estar dotado de saber científico, porém necessita adaptá-lo à realidade da população em que atua de modo a evitar as técnicas tradicionalistas e transmissivas, promovendo um ambiente em que o usuário se sinta acolhido e parte do plano terapêutico, empoderando-o para adoção de hábitos saudáveis de vida (MOURA *et al.*, 2011).

Nóbrega, Medeiros e Leite (2010) destacam que o médico na atenção ao paciente com HAS ou DM deve utilizar das consultas médicas ou das renovações de receita como estratégias para buscar o envolvimento do paciente no tratamento, mas também reconhecer que a participação dos familiares no processo é uma extensão do cuidado deste paciente.

Enfatizando, as práticas educativas implementadas não devem ser executadas de forma transmissiva, mas sim considerar a realidade em que o usuário está inserido, as especificidades do tratamento, o uso do lúdico com envolvimento de toda a equipe de saúde (CARVALHO *et al.*, 2012). Neste sentido, Silocchi; Junges (2017, p.612) destacam “a importância do planejamento dos serviços de saúde por meio da capacitação e do comprometimento das equipes nos processos de educação permanente”.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Problemas identificados na saúde

Uberlândia passa por momentos de crises, servidores da educação e da saúde protestam contra atrasos salariais e escalonamento dos pagamentos e muitos profissionais entram em greve e fazem manifestações na Câmara Municipal visando reverter essa situação.

Os funcionários e os médicos da UBSF Doutor Arnaldo Godoy de Souza ainda não aderiram à paralização, apesar de seus salários atrasados ou parcelados, e cumprem o horário rigorosamente. Por outro lado, a maioria dos usuários procura a unidade para marcar consulta e renovar as receitas, recebe atenção médica, porém ao dirigir-se à farmácia são surpreendidos com a falta de medicamentos.

Existe a farmácia de todos, programa do Governo de Minas Gerais por meio da Secretaria do Estado de Saúde, criado para garantir a assistência farmacêutica. É por meio desse programa que os medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) chegam a toda a população, e a falta de medicamentos é causada fundamentalmente pela política e consequente escassez dos recursos orçamentários do setor.

Na Unidade, a escassez de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, o acesso facilitado, dentre outros, são fatores que determinam uma demanda por outros serviços, caracterizada culturalmente pela valorização do atendimento curativo, hospitalocêntrico e fragmentando da prestação de serviços, comprometendo a qualidade do posto de saúde.

Observa-se que a procura do usuário pelas UAIS não se dá somente pelo desejo e esperança de ser atendido, mas baseia-se também em avaliações e experiências prévias por ele, por seus vizinhos ou por seus familiares, que acabam por determinar o serviço a ser procurado.

O próprio usuário faz sua triagem e referenciamento para outros serviços, especializados ou não, e que, sob sua avaliação, se apresentam como de maior acesso, tecnologia e resolutividade, independentemente do encaminhamento feito

por um profissional de saúde ou pelo serviço. Indubitavelmente, se o sistema funcionasse organizadamente e fosse reconhecido, a maioria dos usuários procuraria seguir o recomendado na utilização nos níveis primário, secundário e terciário para o seu atendimento.

O veículo disponibilizado pela prefeitura para atender a UBS e a UBSF em visitas domiciliares primeiramente conduz uma equipe enquanto a outra aguarda na unidade, de modo que o tempo é escasso para os atendimentos de toda a área de abrangência. Outros problemas enfrentados pela Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy de Souza são a falta de agentes de saúde, auxiliares administrativos e segurança, e a falta de medicação e material para procedimentos.

A Unidade é dividida em UBS e UBSF, é ampla e considerada de estratégia primordial na organização e fortalecimento da atenção básica. As duas baseiam-se no E-sus para os atendimentos, onde os profissionais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos filtram suas consultas. O programa facilita os atendimentos, mas também é moroso, pois geralmente é desconectado devido à internet de baixa potência e aos computadores sucateados. Materiais como sonar, paletas, esfigmomanômetros, estetoscópio, balança pediátrica, dentre outros, estão em falta, assim como material de limpeza, papel higiene, sabão e café para o consumo dos servidores.

O Sistema Único de Saúde apresenta-se como a única saída humanitária para o alcance do atendimento à saúde da população. Contudo, a saúde não é responsabilidade exclusiva de gestores e dos profissionais de saúde, nem apenas deste setor, mas resulta de um conjunto de fatores sociais. Possivelmente, a saúde será factível através de uma ação coordenada e intersetorial de toda a sociedade: governo, setor saúde, usuários, setores sociais, políticos e econômicos, culturais, organização voluntária, setores não governamentais, e autoridades locais.

6.2 Identificação do problema prioritário

Na introdução deste estudo foram apresentados os principais problemas de saúde da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Doutor Arnaldo

Godoy. Foi realizada a priorização dos mesmos, definindo-se como problema prioritário o “risco aumentado de Diabetes e Hipertensão”, conforme quadro 1.

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. Foi necessário conhecer o problema, caracterizá-lo, para melhor descrevê-lo.

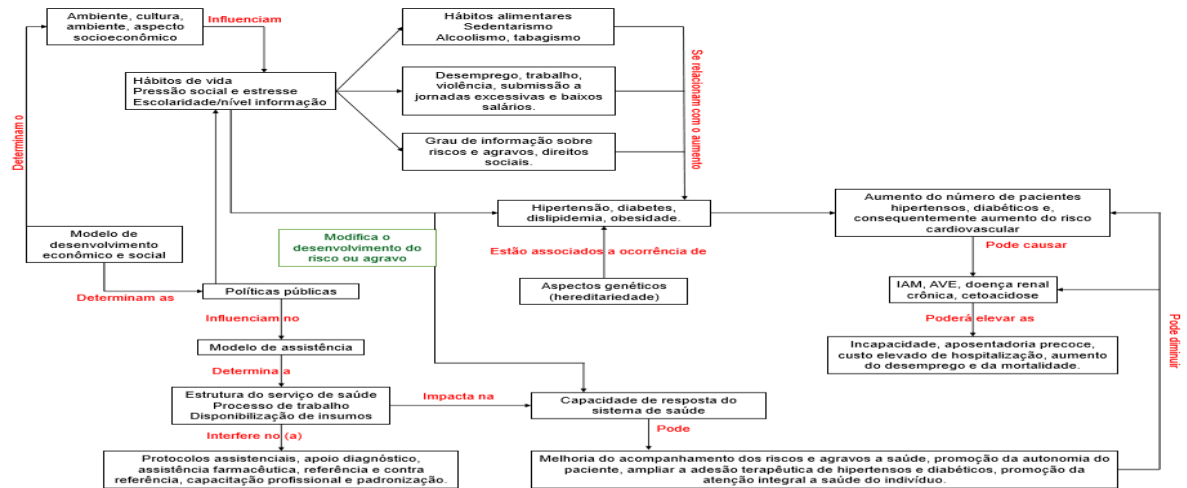
O problema identificado, selecionado por critério de prioridade e impacto epidemiológico, econômico e social foi o risco de aumento do número de pacientes hipertensos e diabéticos. Na Unidade de Saúde Doutor Arnaldo Godoy de Souza a relação de hipertensos cadastrados é 132% em função do esperado, já entre diabéticos cadastrados 108% superior ao esperado. A descrição dos problemas priorizados foi viabilizada a partir de dados fornecidos pela própria equipe de saúde.

A descrição ateve-se aos portadores de hipertensão arterial e diabetes por meio de um levantamento realizado pela enfermeira e ACS acerca da relação de diabéticos e hipertensos esperados e cadastrados. Além disso, ao ser verificado o problema a ser trabalhado, este é descrito para conhecer a sua dimensão e como se relaciona com a realidade. Contudo, foram utilizados indicadores como: sexo, idade, sobrepeso, sedentarismo, internações, óbitos, hipertensão associada e diabéticos cadastrados e confirmados, entre outros.

6.3 Explicação do problema e determinação dos nós críticos

Após a descrição do problema selecionado, ocorre a explicação do mesmo, listando suas possíveis causas e a relação entre elas. Essa explicação considera as variáveis que culminam no problema principal. Cecílio (1997) exemplifica um problema estrutural – goteira no consultório – é consequência de outro problema, a presença de uma telha quebrada. Assim, busca-se tornar o problema principal mais claro, traçando os elementos que se relacionam diretamente ao risco aumentado de diabete e hipertensão, conforme esquema representado na figura 1 a seguir.

Figura 1 – Explicação do problema “risco aumentado de diabéticos e hipertensos”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy, no município de Uberlândia, Minas Gerais.



Fonte: Construído com informações da unidade estudada, 2018.

A partir dos dados apresentados na figura 1, foi possível determinar alguns nós críticos do problema. Esses são aqueles elementos passíveis de intervenção pela equipe de saúde, ou seja, está na governabilidade da equipe. Além disso, é um elemento que quando sofre intervenção tem potencial para impactar no problema principal.

Portanto, na Unidade Doutor Arnaldo Godoy de Souza os “nós críticos” do problema “risco aumentado de diabéticos e hipertensos” são:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Pouca informação da população sobre os riscos de diabetes e hipertensão;
- Estrutura inadequada do serviço de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações e recursos críticos

Uma vez que o problema está descrito, explicado e os “nós críticos” selecionados, é necessário traçar o plano de ação para enfrentamento do problema.

Para cada nó crítico é determinado uma operação/projeto, os resultados esperados, produtos esperados e os recursos necessários.

O plano de ação foi composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais significativas do problema selecionado. As operações constituem conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem recursos econômicos ou financeiros; organizacionais, como estrutura física, recursos humanos e equipamentos; e cognitivo, isto é, conhecimentos acumulados.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de diabete e hipertensão arterial aumentado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy, no município de Uberlândia, estado de Minas Gerais, serão detalhados no quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Operações sobre os “nós críticos” relacionado ao problema “risco aumentado de diabéticos e hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor Arnaldo Godoy, do município Uberlândia, Minas Gerais, 2017

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Projeto Bem Viver: modificação dos hábitos de vida da população hipertensa e diabética.	Promover a estabilização dos índices glicêmicos e pressóricos de 60% dos hipertensos e diabéticos em 01 ano.	Programa de atividade física assistida e práticas corporais (NASF), Campanhas educativas com cartilhas e rádio local, Campanha “menos sódio e açúcar”.	Envolvimento do NASF para criação de grupos de práticas corporais e atividade física assistida, alinhar campanhas com setor de comunicação da secretaria municipal de saúde, ações em grupo de nutricionista para operacionalizar a campanha “menos sódio e açúcar”, recursos financeiros para criação de cartilhas, recursos audiovisuais, etc.
Pouca informação da população sobre os riscos de diabetes e hipertensão	Ampliar o nível de informação da população sobre os riscos do DM e HAS.	População mais informada sobre métodos de prevenção e tratamento do DM e HAS.	Estratificação de risco de DM e HAS, Avaliação do nível de informação da população, reativação dos grupos de Hiperdia, atuação conjunta ao Programa Saúde na Escola, Capacitação dos ACS, cuidadores e demais profissionais, campanhas de conscientização.	Recursos humanos para melhoria das estratégias cognitivas e pedagógicas da educação em saúde, políticas intersetoriais para divulgação das informações, mobilização social.
Estrutura inadequada do serviço de saúde	Melhoria da estrutura do serviço para o atendimento dos diabéticos e hipertensos	Aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem, dos exames de apoio diagnóstico (glicemia jejum, Hb1ac, curva de glicose, glicemia pós-prandial, colesterol total e frações, triglicérides).	Contratação de exames de apoio diagnóstico, consultas com especialista (cardiologista e endocrinologista), ampliação da atenção farmacêutica, capacitação pessoal e ampliação dos atendimentos de clínica médica e enfermagem a população hipertensa e diabética.	Políticas para ampliação de recursos financeiros (teto PAB e teto MAC), recursos para estruturação das unidades de saúde, projetos para captação de riscos que operacionalizem melhoria estrutural.
Processo de trabalho inadequado para enfrentar o problema	Revisão do protocolo, estabelecendo nova linha de cuidado da população com risco de DM e HAS, bem como da população com DM e HAS, estabelecer fluxo de referência e contra referência.	Cobertura mínima de 80% da população hipertensa e diabética e ampliação de 40% do atendimento da população de risco para DM e HAS.	Protocolo revisado e implantado, recursos humanos capacitados, gestão clínica do cuidado, linha de cuidado do hipertenso e diabético implantados.	Humanos, financeiros, políticos para efetivação do projeto linha de cuidado do hipertenso e diabético, organização do fluxo do usuário na rede assistencial (regulação adequada) e gestão clínica do cuidado.

Fonte:

Autora,

2018.

O processo de mudança proposto anteriormente implica em intervenções de mudança cultural e de ordem social, de modo que alguns recursos são imprescindíveis para realização das operações propostas. Para todos os nós críticos propostos os recursos imprescindíveis são políticos (no que tange ao apoio da gestão municipal e articulação intersetorial) e financeiros (para estruturação dos serviços, bem como da rede assistencial).

A análise de viabilidade do plano está submetida à apreciação de todos os setores envolvidos da gestão municipal, podendo ser favorável (está à disposição para execução do plano), indiferente (quando são necessários maiores detalhes para análise plena), contrária (quando um ou mais recursos está indisponível no momento, tornando o plano inviável).

Os responsáveis pelas operações do projeto são todos os membros da UBSF, respeitando-se as competências de cada um dos profissionais. O Projeto Bem Viver ficará sobre a coordenação do enfermeiro e médico da unidade, que irão capacitar os demais membros da equipe para ações de educação em saúde. Assim, o agente comunitário deverá ficar responsável pela busca ativa de profissionais e educação básica em questões de saúde. O médico e o enfermeiro além de coordenar o processo, deverão atuar no rastreamento e classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos, direcionando-os de modo correto para os grupos de práticas corporais que ficarão sobre responsabilidade do NASF. Os nutricionistas do NASF ficarão responsáveis pelas adequações de dietas e dicas de alimentação saudável no contexto socioeconômico dos usuários. Esses profissionais estão responsáveis de modo concomitante ao Projeto Bem Viver e a ampliação do nível de conhecimento da população sobre HAS e DM.

As correções estruturais dependem da Secretaria Municipal de Saúde e da viabilidade financeira para fornecer melhores condições para atendimento da população, como também aumento de cotas de exames de apoio diagnóstico, políticas para ampliação do teto financeiro e ações centradas no planejamento em saúde que são responsabilidade do coordenador de atenção primária e do secretariado de saúde.

O processo de trabalho poderá ser revisado e orientado a partir da implantação de protocolo que pode ser construído com um grupo de trabalho com médicos do sistema, coordenador de atenção primária e membros de todos os níveis de atenção à saúde.

O acompanhamento das ações se dará com indicadores que medem as taxas de internação sensíveis à atenção primária, taxa de hipertensos e diabéticos com risco estratificado, número de hipertensos e diabéticos clinicamente estáveis nos últimos 12 meses em função do total de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade.

Por meio dessas ações acredita-se ser possível promover a melhoria do atendimento à saúde proporcionado à população hipertensa e diabética da UBSF estudada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis, especialmente hipertensão e diabetes, figuram entre as principais causas evitáveis de internação hospitalar, lesão em órgãos alvo, buscas pelas unidades de pronto atendimento. Causam importante impacto nos serviços secundários e terciários de saúde, econômicos e sociais, motivo pelo qual é relevante a promoção da saúde em torno dessas doenças.

Percebe-se que as unidades básicas de saúde representam *lócus* estratégicos para abordagem de hipertensos e diabéticos no território, acolhendo as demandas desta população, com resolutividade e efetividade. Para isso, é preciso que toda a rede de atenção à saúde no município funcione de maneira correta, com insumos e estrutura adequada prestação dos serviços de saúde.

Diante dos problemas encontrados, foram propostas as operações: projeto bem viver, ampliação do nível de informação da população, melhoria da estrutura dos serviços e revisão de protocolos implantando as linhas de cuidado. Essas operações são exequíveis pela equipe caso haja apoio da gestão municipal no sentido de disponibilizar os recursos financeiros, políticos e organizacionais necessários.

Espera-se com isso um fazer saúde de forma diferente no contexto da UBSF Doutor Arnaldo Godoy, acolhendo de maneira mais resolutiva os pacientes hipertensos e diabéticos, bem como aqueles que possuem os fatores de risco para desenvolvimento dessas patologias, favorecendo a melhoria da qualidade de vida no território, promoção da autonomia do paciente e melhoria dos níveis de adesão ao tratamento.

Os resultados deste estudo serão apresentados à gestão municipal para análise de viabilidade de execução do plano proposto e, assim, promover a melhoria da condição de saúde da população no contexto da UBSF em que o estudo ocorreu.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (Org.). **Família, Redes, Laços e Políticas públicas**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

AZEVEDO, F. R.; BRITO, B. C.. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.58, n.6, p.714-723, 2012.

BOLL, L. F. C., IRIGOYEN, M. C., GOLDMEIER, S. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial: realidade da enfermagem em hospital especializado. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.25, n.05, p.775-780, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/20.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 02 Abr.2014b. Seção 1, p. 50

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no.2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_no__2_436_de_21_de_setembro_de_2017/295>. Acesso em: 08 mar. 2018.

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, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 53, n. spe, p. 143-147, 2000.

CORREA, A. D. M. *et al.* **Planejamento em saúde**. 2012. Disponível em: <<https://virtual.ufms.br/objetos/Unidade2/obj-un2-mod1/2.html>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. bras. Epidemiol.** Online, v.13, n.1, p.163-171, 2010.

FERREIRA, L. T.; SAVIOLLI, I. H.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C. Diabetes mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.3, p.182-8, 2011.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.2, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 13ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HARZHEIM, E. **Atenção Primária à Saúde e as redes integradas de atenção à saúde**. In: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p.45-54.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317020&search=minas-gerais|uberlandia>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MENDONÇA, C. S.. **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária**. In: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, D. J. M.; BEZERRA, S. T. F.; MOREIRA, T. M. M.; FIALHO, A. V. de M. Cuidado de enfermagem ao cliente hipertenso: uma revisão bibliográfica. **REBEn**. Brasília, v.64, n.4, p.759-765, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a20v64n4.pdf>>.

NÓBREGA, E. S. L.; MEDEIROS, A. L. F.; LEITE, M. C. A. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial de unidades de saúde da família. **Rev. Enferm.**

UFPE Online, v.4, n.1, p.50-60, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/450/pdf_268>. Acesso em: 05 fev. 2018.

RADOVANOVIC, C.A.T.; SANTOS, L.A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S.S.. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-553, 2014.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v.25, n.2, p.615-634, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SANTANA, J. S. *et al.* Prognóstico da incompetência cronotrópica em idosos diabéticos à ecocardiografia sob estresse físico. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.5, p.429-436, Mai. 2013.

SARLET, I. W.. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a reforma do Estado (RERE)**. n.11, set./nov. 2007. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf>.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, v.20, supl.1, p.50-55, 2005.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R.. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, v.15, n.2, p.599-615, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica**. Rio de Janeiro, v.107, n.3, p.1-103, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.54, n.6, p.477-480, 2008.