

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCOS BURATTO ELOI

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO RECURSO TERAPÊUTICO
NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICO-DEGENERATIVAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS) EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**MARABÁ / PARÁ
2018**

MARCOS BURATTO ELOI

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO RECURSO TERAPÊUTICO
NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICO-DEGENERATIVAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS) EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientador: Professor Dr^a Edficher Margotti

**MARABÁ / PARÁ
2018**

MARCOS BURATTO ELOI

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO RECURSO TERAPÊUTICO
NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICO-DEGENERATIVAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS) EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Banca examinadora

Professora Orientadora. Dr^a. Edficher Margotti

Professora Dr^a Eliseth Costa Oliveira de Matos

Aprovado em Belém, em 16 de dezembro de 2018.

RESUMO

O presente Projeto de Intervenção nasceu da necessidade impreterível de se implantar, de forma sistemática e formal, práticas cotidianas de educação em saúde junto aos usuários da ESF Arenaldo Pinheiro de Miranda (Vila Cruzeiro), oferecendo aos usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, além das informações e conhecimentos necessários para o adequado autocuidado, uma rede de apoio intersetorial cuja finalidade será impactar positivamente a saúde e a qualidade de vida dos pacientes. Teve como objetivo utilizar a Educação em Saúde como forma de impactar positivamente a realidade dos usuários, portadores de HAS e DM, acompanhados na UBS Vila Cruzeiro. O Projeto de Intervenção foi realizado baseado no diagnóstico situacional, embora tenha um aspecto pontual pretende seguir diversas etapas e adquirir um caráter contínuo e permanente, de modo a ser aperfeiçoado pela vivência no cenário de práticas. Portanto o projeto visa impactar positivamente a vida e a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF da Vila Cruzeiro, garantindo maior reconhecimento da gravidade das doenças e riscos envolvidos por parte do usuário, adesão ao tratamento, melhores condições de vida.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Conceição do Araguaia.

ABSTRACT

This Intervention Project was born of the urgent need to systematically and formally implement daily health education practices among users of the Arenaldo Pinheiro de Miranda (Vila Cruzeiro) ESF, offering users with chronic-degenerative diseases, in addition to information and knowledge necessary for proper self-care, an intersectoral support network whose purpose will be to positively impact the health and quality of life of patients. It aimed to use Health Education as a way to positively impact the reality of users, with SAH and DM, accompanied at UBS Vila Cruzeiro. The Intervention Project was carried out based on the situational diagnosis, although it has a punctual aspect, it intends to follow several stages and to acquire a continuous and permanent character, in order to be improved by the experience in the practice scenario. Therefore, the project aims to positively impact the life and health of hypertensive and diabetic users enrolled in the Vila Cruzeiro FHS, ensuring greater recognition of the severity of the diseases and risks involved by the user, adherence to treatment, better living conditions.

Keywords: Health Education. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Conceição do Araguaia.

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	6
1.1	<u>Aspectos Gerais do Município</u>	6
1.2	<u>Aspectos Gerais da Comunidade</u>	7
1.3	<u>O sistema municipal de saúde</u>	7
1.4	<u>A Unidade Básica de Saúde</u>	7
1.5	<u>A Equipe de Saúde da Família</u>	8
1.6	<u>O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe</u>	8
1.7	<u>O dia a dia da equipe</u>	9
1.8	<u>Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade</u>	9
1.9	<u>Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção</u>	9
<u>2</u>	<u>JUSTIFICATIVA</u>	12
<u>3</u>	<u>OBJETIVOS</u>	13
3.1	<u>Objetivo geral</u>	13
3.2	<u>Objetivos específicos</u>	13
<u>4</u>	<u>METODOLOGIA</u>	14
<u>5</u>	<u>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</u>	15
5.1	<u>Doenças crônico-degenerativas (HAS e DM): aspectos gerais</u>	15
5.1.1	<u>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</u>	16
5.1.2	<u>Diabetes Mellitus (DM)</u>	18
5.2	<u>A consulta do Hiperdia: momento de praticar educação em saúde</u>	20
<u>6</u>	<u>PLANO DE INTERVENÇÃO</u>	22
6.1	<u>Descrição do problema selecionado</u>	22
6.2	<u>Explicação do problema</u>	22
6.3	<u>Seleção dos nós críticos</u>	23
6.4	<u>Desenho das operações</u>	23
<u>7</u>	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	28
	<u>REFERÊNCIAS</u>	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

A cidade de Conceição do Araguaia, localizada da região Sudeste do estado do Pará, nasceu ainda no Brasil império, no entanto, antes com formas de povoado

e com grande comunidade indígena da etnia kaiapó local, cuja base econômica inicial era a borracha, só sendo elevada a condição de município em 1908, pelo então governador paraense da época, Augusto Montenegro, que pretendia com essa medida proteger a fronteira de possíveis ataques do estado de Goiás, que possivelmente apresentava interesse em anexar a região.

A cidade teve nos anos de 1930 e 1933, importantes acontecimentos em sua estrutura geopolítica, já que no primeiro teve sua condição de município extinta com a Revolução de 1930, bem como a queda no comércio da borracha, no entanto em 1933 a cidade consegue conquistar novamente sua autonomia política, se tornando novamente o município de Conceição do Araguaia, nome oriundo de homenagem a padroeira da cidade, Nossa Senhora da Conceição, e do principal rio que banha a região (Araguaia). Como oficialmente sua emancipação política se deu em 1935, a cidade hoje está com 83 anos, e conforme censo do IBGE possui aproximadamente com 47.734 habitantes, distribuídos em 5.829 km², em área de clima tropical. A população, embora predominantemente jovem, tem seguido a tendência nacional de aumento no número de idosos, o que faz crescer a importância de as redes de saúde se preparar estruturalmente para acolher as crescentes demandas de usuários com processos de adoecimento característicos dessa fase de vida.

A base econômica do município é a agropecuária e os serviços públicos, sendo hoje o 46º PIB do estado do Pará, com renda per capita de 11262.12 reais, se tratando de trabalho e rendimento, a média de ganhos local são de 2.1 salários mínimos para empregados no sistema formal de trabalho, sendo impossível precisar os cidadãos locados em setores informais da economia (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos Gerais da Comunidade

A Comunidade objeto desse projeto de intervenção é residente no bairro chamado Vila Cruzeiro, em área periférica do município de Conceição do Araguaia, com contingente populacional de aproximadamente oito mil habitantes, com pouca estrutura urbana, como acesso a saneamento básico, água encanada, e

pavimentação asfáltica, e como boa parte do município apresenta carências e dificuldades de acesso a bens e serviços, sendo frequente a necessidade de suporte das unidades de promoção social, devido à evidente carência de recursos da população.

1.3 O sistema municipal de saúde

A Rede de Serviços de Saúde de Conceição do Araguaia conta hoje com 01 Hospital Regional de gestão estadual (OS), porém de grande importância no desenho da média e alta complexidade do município, com abrangência-cobertura de 15 municípios, 01 Central de Atendimento Farmacêutico (CAF), 01 Unidade de Dispensa de Medicamentos Excepcionais, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN Sul), 03 equipes de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, 03 postos de saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Equipe de Melhor em Casa (Atenção Domiciliar), 12 Estratégias de Saúde da Família (ESF), entre as quais está a ESF da Vila Cruzeiro, unidade básica de saúde que será objeto da intervenção proposta no presente estudo.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica da Vila Cruzeiro apresenta configuração de Estratégia de Saúde da Família (ESF), batizada de PSF Arenaldo Pinheiro de Miranda, tendo uma equipe composta pelos seguintes profissionais: 01 Médico, 02 Enfermeiros, 01 Odontólogo, 03 Técnicos em Enfermagem, 01 Auxiliar de Enfermagem, 01 Auxiliar de Consultório Odontológico, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Agente de Controle de Endemias, 01 Recepcionista, 01 Auxiliar de Serviços Gerais, e 01 Jardineiro, cuja responsabilidade é a de assistir toda a população do bairro em aspectos relacionados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação com ampla cobertura em atenção primária à saúde. Entre os programas em execução na unidade estão: Pré-natal, Planejamento Familiar, HIPERDIA, Imunização, Tuberculose e Hanseníase, SISVAN, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde

Bucal, Imunização, Controle de Endemias, Saúde da Mulher e do Adulto, ambos funcionando ativamente todos os dias da semana, por demanda agendada e também porta aberta, em caso de urgência e emergência.

1.5 A Equipe de Saúde da Família

A equipe da ESF Vila Cruzeiro é única, porém bastante eficiente na execução das ações assistenciais propostas pelo planejamento estratégico da atenção primária municipal, sendo composta pelos seguintes profissionais: 01 Médico, 02 Enfermeiros, 01 Odontólogo, 03 Técnicos em Enfermagem, 01 Auxiliar de Enfermagem, 01 Auxiliar de Consultório Odontológico, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Agente de Controle de Endemias, 01 Recepcionista, 01 Auxiliar de Serviços Gerais, e 01 Jardineiro, que através de reuniões mensais tentam fazer o levantamento das situações problemas, proporem soluções, nivelar a linguagem dos profissionais, e adotar boas práticas que respondam efetivamente às necessidades da comunidade atendida.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

O funcionamento da unidade é de segunda à sexta-feira, das 07 às 17h00min, respondendo diariamente por demandas agendadas e também por demandas livres (urgências), além de ter rotina semanal de atendimento domiciliar por parte dos profissionais de saúde, conforme levantamento das necessidades apresentado semanalmente pelos ACS. Além disso, existe fluxo contínuo de referência e contra-referência para outros serviços de saúde, como: Hospital, SAMU, NASF, CAPS, UPA, Melhor em Casa, etc. além de outros fora da saúde, como Conselho Tutelar (CT), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).

1.7 O dia a dia da equipe

A rotina diária da equipe é pautada pelos atendimentos agendados (Visitas Domiciliares, Saúde Bucal, HIPERDIA, Pré-natal, Consulta Puerperal, Tb e Mh, etc.), e também os de livre demanda (Urgências), todos os profissionais que compõem a equipe, contratados ou efetivos, possuem carga horária semanal de 40 horas, e atendem na unidade, na comunidade e nos domicílios, conforme agenda prévia ou necessidade especial. Além dos atendimentos e consultas individuais, existem também ações de abrangência coletiva, especialmente nas escolas, em cumprimento da agenda do Programa Saúde na Escola (PSE). As reuniões interdisciplinares são realizadas semanalmente com o propósito de alinhar as práticas dos servidores, discutir os problemas da comunidade, e ainda avaliar situações especiais (Elaboração e Revisão dos PTS).

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

A comunidade da Vila Cruzeiro apresenta os problemas característicos de área periférica de município de pequeno porte, dentre os quais se destacam: baixa infraestrutura urbana, carência socioeconômica, ampla ocorrência de doenças relacionadas a saneamento básico e fatores ambientais (Ex. Verminoses, gastroenterites, IRA, etc.), além da falta de planejamento familiar, evidenciado por índice considerável de gravidez não planejada, e ainda um crescente número de indivíduos com alteração na pressão arterial e glicemia, reflexo de problemas primários como sedentarismo, alimentação inadequada e sobrepeso.

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

O mundo contemporâneo com seu estilo de vida tem modificado significativamente o perfil epidemiológico das populações no mundo e especialmente nos países em desenvolvimento, isso se deve a rotina agitada, sobrecarga de tarefas no trabalho, vida pessoal e familiar, sendo esse cenário, portanto cada vez mais favorável para o crescimento de problemas de saúde relacionados com Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e estilo de vida, como no caso das doenças crônico-degenerativas mais comumente diagnosticadas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Tais doenças tem tido crescente papel na gênese de doenças cardiovasculares, que atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), representam a maior causa de morte no mundo, e só em 2016, cerca de 17 milhões de pessoas apresentaram problemas de ordem coronariana, e do total, cerca de 30% evoluíram para óbito do paciente, dados extremamente alarmantes, ainda mais por ser consensual entre os estudiosos que tais doenças são passíveis de prevenção através de mudanças relativamente simples do estilo de vida (alimentação, atividade física, obesidade, consumo de álcool, tabagismo, etc.), especialmente em pacientes já diagnosticados com alterações no perfil glicêmico e pressão arterial. Essa estratégia de promoção e prevenção em saúde poderia, conforme estudos, evitar cerca de 80 % das ocorrências cardiovasculares, intervindo em fatores de risco como a hipercolesterolemia e o sedentarismo, especialmente em pacientes com diagnóstico prévio de HAS e DM (BRASIL, 2017).

As políticas públicas de saúde do Brasil têm apresentado uma preocupação com a ocorrência crescente das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente em aspectos de prevenção e promoção, desempenhadas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), que apresentam importante papel no atendimento integral aos usuários com diagnóstico de HAS e DM, oferecendo além do tratamento medicamentosos e instrumentos diagnósticos, também oferecer ao usuário suporte educativo que lhe permita mudar seus hábitos prejudiciais e realizar o autocuidado, fundamentais para prevenção de complicações cardiovasculares (BRASIL, 2017).

A evolução negativa de doenças como a hipertensão (HAS) e o diabetes (DM) pode trazer consigo fortes impactos sobre a qualidade de vida e saúde do usuário, podendo ser causa não apenas de doenças cardiovasculares como infarto e AVC, mas também de complicações microvasculares, especialmente no caso do diabetes, cujos episódios de hiperglicemia podem acarretar danos severos em órgãos-alvo como olhos, rins, e nervos, provocando doenças graves e incapacitantes como retinopatia diabética e úlceras de difícil cicatrização (“pé diabético”).

São essas as complicações que tornaram a política de saúde da atenção primária uma estratégia fundamental na atenção a esses usuários (hipertensos e diabéticos), sendo que as equipes que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), apresentam um papel fundamental no atendimento dessa clientela, sendo

que tais estratégias ganham importância fundamental no cumprimento do ousado princípio do SUS de oferecer atenção integral em saúde, ou seja, que contemple aspectos de promoção e prevenção de saúde, sem, contudo comprometer aspectos curativos e de reabilitação, conforme claramente exposto na Lei Orgânica do SUS (Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990), arcabouço legal e eixo norteador da nova concepção de se construir saúde no Brasil, valorizando a atenção básica, a atuação das equipes de saúde no território e domicílio, especialmente no cadastro e acompanhamento feito pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), cujo papel de elo entre equipe de saúde e população do território, funciona como um diferencial, justamente por trabalhar com algo que vai muito além do mero conceito de doença e tratamento, por permitir ao Médico e demais profissionais da ESF, conhecer a realidade local, bem como identificar o dinâmico processo saúde-doença, permitindo o planejamento de ações que possibilitem a prevenção e a promoção, bem como melhor condução do tratamento e reabilitação do usuário, justamente por trabalhar em cima da sua realidade (SANTOS, 2011). Além disso, a reorganização do modelo de saúde permite um efetivo trabalho interdisciplinar, onde os profissionais, cada um em sua área de conhecimento trabalha de forma simbiótica no sentido de promover os melhores indicadores de saúde possíveis para seu território (SANTOS, 2011), exigindo dos profissionais de saúde uma visão muito mais ampla do indivíduo, contemplando aspectos sociais e familiares, extrapolando a ideia do cuidado centrado na doença, passando a valorizar o ser humano que está sendo cuidado.

E com isso se torna impreterível ao profissional de saúde uma capacidade inata de trabalhar mecanismos de promoção de saúde, e prevenção de doenças e complicações, e uma forma de por isso em prática, é sem dúvida boas práticas de educação em saúde, cujo papel fundamental seria o prover ao usuário conhecimento suficiente para modificar sua realidade, com a estimulação do abandono de hábitos nocivos, adoção de estilo de vida saudável, bem como ampliar a capacidade geral para o autocuidado. Sendo que para essa ousada tarefa, se torna indispensável ao profissional conhecer a realidade do seu usuário, bem como o respeito constante a singularidade dos indivíduos atendidos, suas potencialidades, limitações e sua realidade.

E na ESF da Vila Cruzeiro os usuários do HIPERDIA, conforme observado nas consultas vem apresentando dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso e às mudanças no estilo de vida, sob argumentos como “não quero

ficar dependente de remédio”, “é difícil fechar a boca” e “é caro comer essas verdura”, o que gerou toda uma preocupação, não apenas minha, mas de toda a equipe, já que essas dificuldades poderão impactar diretamente no prognóstico dos pacientes, abrindo caminho para intercorrências clínicas e complicações graves.

E com base no exposto e vivências cotidianas no atendimento aos usuários do HIPERDIA, fica clara a necessidade de ampliar o conceito de saúde na prática, trabalhando para modificar a vida desses usuários, bem como o seu conceito e posturas diante do processo de adoecimento, além de dotá-lo de condições plenas para o exercício do autocuidado, identificando suas dificuldades em aderir à proposta terapêutica, e propondo soluções para as mesmas, desse modo dando vida aos conceitos do SUS de promoção e prevenção de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A ESF da Vila Cruzeiro, assim como a maioria das unidades de saúde da família, já apresentava em sua rotina cotidiana atividades e ações relacionadas à promoção de saúde e prevenção primária, no entanto após observação do perfil de atendimento, ficou fácil perceber a insuficiência dos esforços da equipe na tentativa

de modificar os indicadores de saúde da comunidade, como obesidade, hiperglicemia, aumento da PA, e hipercolesterolemia. Logo, surgiu à necessidade de uma ação sistemática que de fato impactasse positivamente a realidade dos usuários que lutam diariamente contra doenças crônicas não transmissíveis no bairro, e a Educação em Saúde por definição seria um caminho viável nesse sentido, oferecendo ao usuário melhores condições de exercer saúde de forma plena com práticas melhores de autocuidado e participação ativa na proposta terapêutica, de forma a prevenir complicações e evitar encaminhamentos para média e alta complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Utilizar a Educação em Saúde como forma de impactar positivamente a realidade dos usuários, portadores de HAS e DM, acompanhados na UBS Vila Cruzeiro.

3.2 Objetivos específicos

- Inserir um momento para educação em saúde nas consultas de rotina, e Instituir Grupo Operativo de Doenças Crônico-degenerativas na UBS Vila Cruzeiro;
- Realizar parcerias intersetoriais para realização de avaliação nutricional, avaliação física, atividade física em espaços da comunidade como academias ao ar livre e pista de caminhada, e implantação de horta comunitária;
- Rastrear entre usuários atendidos aqueles que apresentem fatores de risco como sobrepeso, obesidade, uso de álcool e tabagismo, para intervenção imediata;
- Estimular cotidianamente mudanças positivas no estilo de vida, como prática de atividade física regular, controle de peso, redução no consumo de sódio, açúcares, gorduras e frituras na alimentação diária, abandono do cigarro e bebida alcoólica.

4 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção, embora tenha um aspecto pontual pretende seguir diversas etapas e adquirir um caráter contínuo e permanente, de modo a ser

aperfeiçoado pela vivência no cenário de práticas, e, além disso, espera com sua evolução angariar apoio de outros segmentos da saúde, e também de outros serviços públicos ou privados, justamente por entender que o conceito integral de saúde só pode ser construído efetivamente através da soma de forças de diversos segmentos e setores (Intersetorialidade).

O **primeiro passo** foi à identificação de problemas reais entre usuários Hipertensos e Diabéticos em seguir a terapêutica medicamentosa proposta e/ou mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida, o que por si só já geraria um importante campo de implementação de práticas de educação em saúde, durante esse levantamento foi observado também que muitos usuários, embora afirmando categoricamente fazer uso da medicação conforme prescrito, não apresentava controle nos parâmetros de glicemia ou pressão arterial, demonstrando que o fornecimento da medicação e orientação correta do uso ainda não tinham sido suficientes para de fato impactar positivamente a realidade desses pacientes.

O **segundo passo** foi à proposição de soluções para esses importantes problemas, e suas situações de risco reais e potenciais, com isso passou a ser usado um tempo da consulta médica especialmente para trabalhar noções de educação em saúde e autocuidado para promoção e prevenção de doenças e complicações, inclusive levantando informações sobre até que ponto o paciente conseguia de fato auxiliar no processo terapêutico com os seus conhecimentos, seguindo o cronograma de consultas de rotina, com frequência mensal.

O **terceiro passo** foi à criação de grupo operativo de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, com reuniões mensais, para trabalhar a educação em saúde de forma mais abrangente, nesse grupo são fomentadas a adoção de boas práticas de vida e saúde, levantamento de dificuldades de mudanças nos hábitos e estilo de vida, orientação para a prática de atividade física regular e abandono de hábitos nocivos para a saúde, a exemplo do uso de álcool, tabagismo, excesso de sódio e açúcares na alimentação, dentre outros. Nesse momento é possível aos profissionais ouvirem as queixas e dificuldades do usuário, que vão desde reações adversas à medicação de uso contínuo, até dificuldades pessoais e/ou econômicas em aderir à dieta restritiva exigida para o controle da doença.

O **quarto passo**, que também poderia ser definido como passo intersetorial e comunitário, trata da proposta de ações que extrapolam o domínio da ESF da Vila Cruzeiro, dentre as quais surgiu a ideia de conseguir junto a secretaria municipal de

esporte e lazer, e secretaria de educação espaço para atividade física ao ar livre, e profissional da educação física para montar então um grupo de atividade física que deverá se reunir inicialmente duas vezes por semana, e os usuários que aderirem também serão avaliados fisicamente e orientados por Nutricionista (Parceria com o NASF) quanto às mudanças nos hábitos alimentares para adoção de uma alimentação saudável. Ainda dentro desse passo, serão discutidos entre os membros da ESF e a Secretaria Municipal de Agricultura e Secretaria de Promoção Social caminhos estratégicos para a construção de uma Horta comunitária cujo objetivo é o de oferecer hortaliças para a mesa dos usuários da ESF com limitações financeiras, sendo que além das parcerias intersetoriais, também contará com a responsabilidade da própria comunidade para garantir a continuidade do plantio para que a horta seja um empreendimento de duração permanente.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças crônico-degenerativas (HAS e DM): aspectos gerais

As doenças crônicas não transmissíveis hoje representam um gravíssimo problema de saúde pública no Brasil e no mundo, especialmente Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), especialmente por dois motivos, os números crescentes de doentes de faixas etárias cada vez menores, bem como sua íntima relação com o estilo de vida da modernidade, e também por estarem, ambas as doenças intimamente relacionadas com a ocorrência das doenças cardiovasculares (DCV), que hoje configuram a maior causa de morte no país (BRASIL, 2006). Sendo, portanto, causadoras diretas ou indiretas de um aumento substancial nos gastos com saúde pública no Brasil e no mundo, além de ter um forte impacto sobre a força de trabalho, em virtude das complicações e sequelas que podem causar em indivíduos adultos e ativos (BRASIL, 2013).

No Sistema Único de Saúde (SUS) tem surgido muitas iniciativas de prevenção, promoção e tratamento voltadas para esse grupo de usuários (HIPERDIA), que hoje representam parcela importante do público frequente nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo, portanto uma frutífera oportunidade para a equipe interdisciplinar realizar um atendimento integral e resolutivo, voltado em grande parte para a prevenção de incapacidades e complicações oriundas de uma glicemia ou pressão arterial alteradas (BRASIL, 2006).

Ao nos depararmos com o usuário além, de conhecermos a fisiopatologia das doenças, precisamos também observar a relação do usuário com a doença, de que modo essa doença surgiu na vida do indivíduo, e de que forma isso vem impactando na sua rotina de vida diária, para que com esse olhar singular consigamos de fato traçar uma meta de promoção de saúde e prevenção de complicações que atenda realmente as demandas dos usuários da Unidade Básica. Na atualidade os usuários hipertensos e diabéticos representam grupo específico de atendimentos nas ESF, com usuários em sua maioria da terceira idade, porém isso não é regra, para maior entendimento desse trabalho, se seguirão conceitos importantes sobre essas patologias.

5.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A pressão arterial pode ser definida como a força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos sanguíneos durante os processos de sístole e diástole (contração e relaxamento ventricular), no entanto quando essa força precisa ser aumentada seja por aumento do volume a ser bombeado ou pela resistência

vascular, existirá um aumento na pressão arterial, que repetidamente tende a alterar o funcionamento de órgãos como o cérebro, coração, rins, dentre outros, daí o caráter sistêmico dessa grave patologia (BRASIL, 2016).

Os parâmetros de mensuração usados para avaliar a pressão arterial, hoje são os estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) que define HAS como valores maior ou igual 140 mmHg para pressão sistólica e maior ou igual 90 mmHg para pressão diastólica (BRASIL, 2016), vale destacar, no entanto que entidades internacionais têm trabalhado com a possibilidade de reduzir esses valores, justamente devido ao aumento de pacientes com alteração na pressão arterial, bem como das mortes por DCV, o que teoricamente implicaria na necessidade de se adotar de forma profilática medidas de prevenção e promoção o mais precocemente possível, ou seja, antes da necessidade de se instituir terapia medicamentosa, já seria recomendado pelos profissionais que o usuário limítrofe já fizesse mudanças no estilo de vida, como controle de peso, prática de atividade física, dieta equilibrada e abandono de hábitos nocivos como o tabagismo e o etilismo (BRASIL, 2013).

A HAS apresenta números alarmantes no Brasil, com crescimento exponencial nos últimos anos, estima-se que cerca de 36 milhões de brasileiros adultos apresentem alteração nos níveis pressóricos, ou seja, 32.5% de toda população adulta, e outro estudo o Ministério da Saúde aponta que o impacto dessa doença sobre a vida produtiva e trabalho, gera um ônus financeiro e econômico às famílias na ordem dos 4 bilhões de dólares, só no período compreendido entre 2006 e 2015 (BRASIL, 2006).

A HAS apresenta um fator extremamente preocupante, que é seu caráter silencioso, ou seja, não é incomum indivíduos com elevados índices pressóricos não apresentarem nenhum sintoma importante, e quando aparece pode ser leve como cefaleia e ansiedade, aumentando ainda mais o risco de complicações e dificultado o início do tratamento, bem como a percepção da gravidade da doença por parte do usuário (BRASIL, 2013).

O acompanhamento da pressão arterial na unidade básica muitas vezes acontece de forma técnica, fria e impessoal, reduzindo o atendimento ao dado obtido no esfigmomanômetro, e a repetição de receitas de medicamentos anti-hipertensivos e coadjuvantes, o que limita e muito as possibilidades de profissionais, especialmente médico e de enfermagem, intervirem positivamente na situação

clínica do indivíduo através de condutas preventivas e de promoção, que no geral são deixadas de lado em detrimento de meros e frequentes ajustes da medicação anti-hipertensiva, que por sua vez se não vier acompanhada de um pleno entendimento do paciente da gravidade da silenciosa doença, comprometerá diretamente o resultado das condutas, sendo, portanto comuns usuários com valores pressóricos que não abaixam apesar da terapêutica medicamentosa (CASTRO E SILVA et al, 2018).

Sendo que para efetivação de medidas de proteção da saúde de usuários hipertensos, se torna antes de tudo necessário um conhecimento da sua realidade e também da comunidade onde está inserido, o que só se torna possível através do esforço conjunto da equipe, com destaque para o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), como elo fundamental entre os profissionais e a comunidade, conhecendo através do acompanhamento domiciliar e cadastramento dos usuários de sua microárea as situações de saúde que necessitam da intervenção do profissional médico e demais membros da equipe de saúde da família (JUNQUEIRA, 2008).

Um aspecto fundamental ao assistir esses usuários, tanto portadores de HAS como de DM, é a assegurar que os mesmos tenham dimensão da gravidade da doença e de que forma elas podem gerar complicações importantes, especialmente no caso da HAS que muitas vezes permanece assintomática por muito tempo, o que gera uma sensação falsa de bem-estar e torna comuns posturas resistentes ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida (CASTRO E SILVA et al, 2018). O que aumenta ainda mais a responsabilidade dos profissionais da UBS de trabalharem medidas preventivas e de promoção, não apenas nas unidades de saúde durante as consultas mensais (muitas vezes restritas à renovação de receitas), mas também com ações de promoção e prevenção também no território (BRASIL, 2013).

5.1.2 Diabetes Mellitus (DM)

O Diabetes Mellitus (DM) configura um grave problema de saúde no cenário mundial, afetando indivíduos em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, no entanto com uma concentração maior de casos nos países em desenvolvimento, a

exemplo do Brasil, em uma projeção da IDF (International Diabetes Federation) foi estimado que mantendo o cenário atual, o número de diabéticos pode alcançar o assustador marco de 642 milhões de pessoas até 2040, gerando um grande risco de complicações e morte (SBD, 2017), já que conforme estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS), em relação a causas de morte prematuras, a hiperglicemia só fica atrás da hipertensão e do tabagismo, logo se trata de um problema real e com potencial efeito sobre o estilo de vida e saúde dos usuários (SBD, 2017).

O DM é uma doença causada por importantes alterações metabólicas, cuja etiologia é multifatorial, tendo como efeito final aumento da glicose circulante (Hiperglicemia) decorrente de alteração no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, desenvolvida por alteração na produção da insulina ou na insuficiência de seus efeitos, podendo ocasionar duas formas da doença, diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 (SBD, 2017).

Em ambas as formas da doença, existe um desequilíbrio no nível glicêmico do paciente, no entanto o DM tipo 1 apresenta maior potencial de complicações, sendo caracterizada pela carência total na produção pancreática de insulina, que leva a um aumento progressivo das taxas de açúcar no sangue, o que por sua vez pode, se não tratado, levar a mais temível complicação da doença, a cetoacidose diabética (SBD, 2017). Tal situação no geral obriga o paciente a fazer reposição de insulina como principal forma de tratamento, bem como uma mudança acentuada no estilo de vida e rotina, ainda mais porque se trata de uma forma da doença que costuma acometer indivíduos jovens, crianças e adolescentes (SBD, 2017).

Já o DM tipo 2, é caracterizado por deficiência relativa na produção de insulina, e por vezes resistência à ação da mesma, tem como efeito o aumento progressivo dos níveis glicêmicos, tem evolução lenta e na maioria das vezes silenciosa, fazendo com que o diagnóstico muitas vezes seja retardado. É mais frequente em indivíduos adultos e idosos, com excesso de peso e possui em sua gênese um forte componente genético (SBD, 2017), com sintomas menos graves e evidentes, o que, no entanto, pode se modificar com o aumento da glicemia, inclusive pode haver uma evolução para o DM tipo 1, caso não tratada adequadamente, sendo assim o uso dos medicamentos hipoglicemiantes orais e mudanças nos hábitos e estilo de vida, compõe o tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Os sintomas do DM são comuns aos dois tipos, os mais relevantes são conhecidos como os 4 “P’s”: Poliúria, Polidipsia, Perda de Peso e Polifagia, ambos mais intensos no DM tipo 1, poderão surgir outros sinais clínicos como visão turva, presença de proteína na urina, catarata, infecção por repetição, dentre outras (BRASIL, 2013).

Assim como no caso da HAS, o DM exige uma terapêutica que extrapola e muito o uso de medicamentos hipoglicemiantes e insulina, já que por ser doença intimamente ligada ao metabolismo de carboidratos, seu manejo clínico exige que o profissional trabalhe a introdução da gravidade da doença e dos riscos potenciais de complicações, especialmente cardiovasculares e cerebrovasculares, cuja gravidade poderá produzir sequelas ou até mesmo morte, fazendo com que o usuário tenha a motivação necessária para mudar hábitos alimentares, praticar atividade física, e abandonar hábitos nocivos como o uso de álcool e o cigarro (BRASIL, 2013).

5.2 A consulta do Hiperdia: momento de praticar educação em saúde

O HIPERDIA é um dos programas que mais recebe usuários todos os dias nas unidades básicas de saúde em todo o país, e com base na importância estratégica das ações desempenhadas pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas dimensões indivíduo, família e comunidade, visa que esse atendimento traga impacto positivo sobre a vida e saúde de todos os usuários previamente cadastrados na área de abrangência da unidade (SILVA et al, 2015).

Devendo assim o atendimento médico ir muito além da mera introdução de fármacos na rotina de vida diária dos pacientes, perpassando por ações de promoção e prevenção em saúde, em cumprimento dos princípios que dão norte as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à integralidade, onde o indivíduo deverá ser visto pelo profissional de saúde, como um todo e não como uma parte doente, sendo um dos campos mais desafiadores do HIPERDIA na atualidade (SILVA et al, 2015). Ao ser diagnosticado com uma doença crônico-degenerativa, existe um grande impacto na vida do paciente, e caberá aos profissionais garantirem que o paciente conheça bem o problema, para que então seja conseguida sua adesão completa a proposta terapêutica, evitando resistência ao tratamento por parte desses usuários, o que é bastante comum, especialmente

no que se refere à necessidade emergente de modificar hábitos alimentares, sem contar que é nesse momento que o profissional precisa lançar mão de um olhar atento, humano e acolhedor sobre o usuário, compreendendo suas dificuldades, para que juntos possam traçar a melhor linha de tratamento e cuidado (SILVA et al, 2015).

O objetivo principal da consulta médica é oferecer ao usuário uma atenção integral, resolutiva e de qualidade, que dedique especial atenção aos aspectos de promoção e prevenção, sem, contudo trazer nenhum prejuízo às práticas curativas e de reabilitação, dando forma assim ao conceito de “Medicina Integral”, dando ao médico a oportunidade não apenas de falar sobre a patologia diagnosticada, mas também de fatores externos que participaram do processo de desenvolvimento da mesma, explorando aspectos sobre sua vida pessoal e familiar, estilo de vida, dificuldades, anseios, dentre outros, não perdendo de vista o fato de que toda doença gera um sofrimento que vai além do “aparelho biológico”, perpassando também pelo emocional do indivíduo, gerando muitas vezes angústias e incertezas, que poderão ser consideravelmente amenizadas por um atendimento acolhedor e humanizado (FRACOLLI et al, 2010).

No atendimento o profissional deve aproveitar como um momento potente de se construir saúde, oferecendo ao usuário informações importantes para investigação, tratamento e prevenção de complicações, dando condições para que o paciente exerça o autocuidado, especialmente no que se refere ao uso correto da medicação prescrita, adoção de hábitos alimentares saudáveis (Ex. Redução do consumo de açúcares, sódio, frituras e etc.), prática de atividade física, abando do álcool e cigarro, dentre outras ações que somadas garantirão melhor prognóstico no tratamento (FRACOLLI et al, 2010).

Em resumo caberá ao profissional médico inserido na saúde da família o papel de realizar a assistência integral ao paciente, família e comunidade, ou seja, muitas vezes a atenção vai precisar adentrar no domicílio do usuário para se fazer educação em saúde de fato, onde observando o cenário da vida cotidiana do paciente, o profissional consiga um entendimento mais abrangente da forma como ele se relaciona com a família, com a comunidade, e de que modo isso influencia no curso da doença e do tratamento (JUNQUEIRA, 2008), e assim também amplia as chances de se fortalecer um elo, de finalidade terapêutica, entre profissional e usuário, aspecto fundamental para o sucesso do tratamento.

No Programa Mais Médicos, importante estratégia de universalização e equidade do SUS, com aplicação prática na promoção de assistência às comunidades carentes de regiões mais afastadas do país e periferias das grandes cidades, a promoção e a prevenção de saúde ganha importância especial, já que as dificuldades dessas comunidades e carência de recursos faz com que aumente o risco do desenvolvimento de algumas doenças, por isso já existe uma preocupação com o perfil dos médicos que irão compor o programa, cujas habilidades clínicas deverão ser somadas também a uma capacidade pedagógica de ensinar e promover conhecimentos de saúde para os usuários da comunidade (RODRIGUES et al, 2015). Com isso fica claro que não se faz um bom trabalho assistência na atenção básica, sem exercer educação em saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

A ESF Arenaldo Pinheiro de Miranda (Vila Cruzeiro) apresenta um grande fluxo de usuários, e entre esses tem ganhado importância o número crescente de usuários diabéticos e hipertensos, sendo que existe uma grande dificuldade em aderir à proposta terapêutica (Medicação, dieta, prática de atividade física etc.), o

que dificulta bastante o controle dos índices pressóricos e glicêmicos. E, além disso, foi percebida uma dificuldade do paciente em reconhecer a própria doença, bem como por consequência realizar o tratamento proposto.

6.2 Explicação do problema

A partir do momento em que verificamos uma dificuldade acentuada de vários usuários do HIPERDIA em aderir completamente ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), fica evidenciado um aumento no risco de complicações cardiovasculares e sistêmicas nesses pacientes, o que pode afetar de forma irreversível sua saúde e qualidade de vida. Sendo assim se tornou emergente a necessidade de uma proposta de intervenção específica sobre esse problema real, bem como os problemas que potencialmente poderão surgir (Complicações).

6.3 Seleção dos nós críticos

As dificuldades levantadas (“Nós”) foram inúmeras, no entanto para atenção pontual, em virtude de hábitos já consolidados na vida dos usuários, e práticas também na vida dos profissionais, destaco os seguintes:

1. Pouca disposição dos usuários de mudarem hábitos de vida já arraigados, e a consequente dificuldade em obter êxito na tentativa de melhorar as condições clínicas dos pacientes;
2. A crença da equipe de que a implantação do projeto será fator gerador de sobrecarga aos profissionais;
3. Ausência ainda de um fluxo de comunicação efetivo entre os órgãos que integrarão o projeto (Saúde, Educação, Promoção social, Agricultura, etc.).

Na verdade, a realidade é constituída de muitos nós críticos, no entanto foram esses três que representaram maior dificuldade em operacionalizar a proposta de intervenção.

6.4 Desenho das operações

A proposta do projeto estabelece início rápido da implementação do processo de educação em saúde nas consultas de rotina e grupo operativo, devido ao caráter imediato, prontidão da equipe e baixa exigência de recursos materiais/insumos, no entanto para as demais ações que envolvem recursos externos (atividade física supervisionada, acompanhamento nutricional, e horta comunitária) estima-se que o prazo entre a elaboração dos projetos, a articulação entre as redes de serviços intersetoriais e o início da execução não deverá ultrapassar 03 meses.

Em relação aos recursos necessários, para a inserção da Educação em Saúde dos usuários seja em atividades individuais ou coletivas, basicamente será necessário a priori o engajamento dos profissionais já integrantes da equipe: Médico, Enfermeiro, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e em caráter suplementar e eventual suporte de membros da equipe do NASF, especialmente Nutricionista. Em relação aos recursos materiais, também já é possível utilizar datashow e notebook da própria unidade, sendo facultativa a utilização de impressos como folders e panfletos, já que alguns membros do grupo apresentam dificuldade de leitura, e talvez não conseguissem o aproveitamento necessário das informações impressas, optamos então por trabalhar a transferência de informações diretamente na relação/vínculo paciente e profissionais de saúde, seja no atendimento individual ou nos grupos, na unidade ou durante as visitas domiciliares, que já configuram rotina na ESF.

Já nas ações intersetoriais serão necessários recursos físicos como espaço para atividades ao ar livre, área pública cultivável, sementes e adubo para início da Horta, e como recursos humanos externos de início estima-se a necessidade de Educador Físico, Nutricionista e Fisioterapeuta, e consultoria especializada para início do plantio das hortaliças, em ambas as situações contamos com o apoio das secretarias de origem desses profissionais, em disponibilizar parte da carga horários dos mesmos, para execução do projeto de saúde.

Segue o desenho de operações, conforme nós críticos levantados:

Nó Crítico 01	Pouca disposição dos usuários de mudarem hábitos de vida já arraigados, e a conseqüente dificuldade em obter êxito na tentativa de melhorar as condições clínicas dos pacientes.
----------------------	--

Operação	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar, através da prática rotineira da educação em saúde, o reconhecimento da doença crônica como fator de risco para complicações e o desejo no usuário de modificar sua própria condição de saúde; • Demonstrar o quanto positiva pode ser a adoção de hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física regular, controle do peso, redução no consumo de sal, açúcar, frituras, embutidos e enlatados, além de deixar hábitos como consumo de cigarro e bebidas alcoólicas; • Utilizar o suporte do Nutricionista do NASF e a implantação de um cardápio personalizado, como forma de motivar a mudança de hábitos alimentares; • Utilizar o suporte do Educador Físico para criação de um grupo de atividade física (caminhadas, aeróbica) • Promover o engajamento dos pacientes na horta comunitária, incentivando sua participação e em contrapartida oferecer assim o acesso aos alimentos produzidos.
Projeto	Autocuidado como forma de vida e saúde.
Resultados Esperados	Garantir uma adesão maciça por parte dos usuários do HIPERDIA às propostas terapêuticas, bem como efeito direto sobre o controle de peso, índices pressóricos e glicêmicos entre os usuários integrantes do grupo.
Produtos Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde como prática rotineira nas consultas mensais; • Grupo Operativo para usuários do HIPERDIA; • Acompanhamento nutricional conforme necessidades levantadas, priorizando usuários com dificuldade acentuada em reduzir o peso e aqueles com quadro de obesidade; • Grupo de atividade física (dança, caminhada, trilhas, aeróbica, etc.); • Horta Comunitária (Acesso facilitado aos alimentos, especialmente para os usuários com maiores limitações financeiras).
Recursos Necessários	<p>Estrutural: Profissionais da ESF, Nutricionista do NASF, Educador Físico da Secretaria de Educação ou de Esporte, e Técnico Agrícola.</p> <p>Cognitivo: Condições para execução da interdisciplinaridade e Intersetorialidade.</p> <p>Financeiro: Aquisição de sementes, adubo, instrumentais, e demais insumos relacionados ao grupo operativo, atendimento nutricional, atividade física, e horta.</p> <p>Político: Mobilização dos profissionais, gestores, usuários, familiares e comunidade em geral, às propostas do projeto de intervenção.</p>
Recursos Críticos	Estrutural: A prontidão dos profissionais em assumirem o desafio de realizar as ações propostas no projeto de intervenção.

	<p>Cognitivo: Ambiência necessária para as devidas pactuações entre profissionais e entre setores.</p> <p>Financeiro: Sensibilizar os gestores das secretarias sobre a importância desse investimento, no sentido de melhoria dos indicadores da saúde da comunidade.</p> <p>Político: Garantir o apoio dos Gestores das quatro secretarias envolvidas (Saúde, Educação, Promoção Social, e Agricultura)</p>
Controle dos Recursos Críticos	Caberá ao serviço de saúde (ESF Vila Cruzeiro) o papel de promover o encontro dos serviços que irão integrar o projeto, e nesses momentos de aproximação dos atores iniciarem a comunicação necessária para planejamento e implementação das ações.
Ações Estratégicas	Todo o projeto, quando posto em prática, terá caráter estratégico, sendo que suas operações (ações) como um todo terão caráter estratégico, como formas de modificar a realidade dos usuários do HIPERDIA.
Prazo	<p>Educação em Saúde (Rotina das Consultas) – Implantação imediata em todas as consultas do HPERDIA (Mensal)</p> <p>Grupo Operativo (Usuários hipertensos e diabéticos) – Implantar no prazo máximo de 30 dias (Estruturar, escolher espaço, materiais necessários, usuários e profissionais que tenham interesse em participar).</p> <p>Atendimento Nutricional – Implantação imediata, conforme agenda de consultas compartilhadas do NASF na ESF Vila Cruzeiro.</p> <p>Atividade Física na Comunidade – Definido um prazo um máximo de 60 dias para início das atividades (Conseguir o profissional, o espaço, bem como avaliar as condições físicas dos pacientes interessados em participar).</p> <p>Horta Comunitária – Fica estabelecido um prazo de três meses para início do plantio, levando em consideração o grau de complexidade da ação, bem como a necessidade de envolvimento de outros, profissionais, serviços e recursos.</p>
Responsável pelo Acompanhamento Das Ações	Embora para execução plena do projeto de intervenção seja necessário o engajamento de toda a equipe da ESF Vila Cruzeiro, caberá ao Médico e a Enfermeira o monitoramento e avaliação das ações que serão implementadas, bem como elaborar propostas de correção e alteração do percurso de trabalho, à medida que os resultados forem surgindo.
Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	As ações de caráter interno, ou seja, que envolva somente profissionais da ESF serão avaliadas nas reuniões semanais de rotina, já as que envolvam outros setores vão exigir um espaço de tempo maior para o encontro, onde as equipes irão se reunir mensalmente para avaliar o trabalho já executado, efeitos na realidade do usuário, família e comunidade, bem como corrigir os problemas, a medida que eles forem identificados.

Nó Crítico 02	A crença da equipe de que a implantação do projeto será fator gerador de sobrecarga aos profissionais;
Operação	Discutir nas reuniões de equipe o quão positivo poderá ser as ações do Projeto de Intervenção, o que tende a melhorar não apenas as condições de vida e saúde do usuário, como também diminuir a sensação de frustração profissional e melhorar a capacidade resolutiva da equipe.
Projeto	Engajamento da equipe em prol da melhoria dos indicadores de saúde.
Resultados Esperados	Garantir uma adesão maciça por parte dos profissionais da ESF, as propostas do Projeto de Intervenção.
Produtos Esperados	A contribuição dos profissionais da equipe em todas as fases de implantação do Projeto de Intervenção.
Recursos Necessários	Toda a equipe da ESF Vila Cruzeiro
Recursos Críticos	Relações interpessoais e capacidade de trabalhar em equipe
Controle dos Recursos Críticos	Caberá ao médico, e ao enfermeiro coordenador da ESF o papel de motivar os profissionais para adesão às propostas.
Ações Estratégicas	Apresentar nas reuniões semanais o potencial que as ações do Projeto de Intervenção têm de impactar a vida dos pacientes, prevenindo complicações e assegurando maior qualidade de vida e saúde.
Prazo	Mobilização de imediato, já nas próximas reuniões de equipe.
Responsável pelo Acompanhamento das Ações	Médico e Enfermeira da ESF
Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Realizado por ocasião das reuniões de equipe semanais.

Nó Crítico 03	Ausência ainda de um fluxo de comunicação efetivo entre os órgãos que integrarão o projeto (Saúde, Educação, Promoção social, Agricultura, etc.).
Operação	Promover reuniões de caráter intersetorial para discutir as ações conjuntas.
Projeto	A Intersectorialidade como estratégia de saúde.
Resultados Esperados	Participação ativa de todos os setores citados no projeto.
Produtos Esperados	O comprometimento dos profissionais e gestores, na produção de resultados.
Recursos Necessários	Os recursos fundamentais aqui são os humanos, das quatro secretarias envolvidas (Saúde, Educação, Promoção Social e Agricultura).
Recursos Críticos	Agregar setores distintos em prol de um objetivo comum.

Controle dos Recursos Críticos	Caberá à equipe da ESF intermediar as discussões, por ocasião dos encontros entre os profissionais e setores.
Ações Estratégicas	Realização de encontro intersetorial de saúde, com a finalidade de aproximar os atores envolvidos nas ações que serão executadas.
Prazo	Um prazo de 30 dias para início da comunicação entre os setores
Responsável pelo Acompanhamento das Ações	Médico e Enfermeira da ESF, e Gestores.
Processo de Monitoramento e Avaliação das Ações	Realizado por ocasião das reuniões intersetoriais e produção de relatórios, ofícios, memorandos e informes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia do projeto nasceu da necessidade latente de oferecer uma atenção melhor ao usuário do programa HIPERDIA, então em suma toda a proposta de trabalho gira em torno de impactar positivamente a vida e a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF da Vila Cruzeiro, garantindo maior reconhecimento da gravidade das doenças e riscos envolvidos por parte do usuário, adesão ao tratamento, melhores condições para o exercício do autocuidado,

controle clínico de glicemia e índices pressóricos, combate ao sedentarismo, sobrepeso, consumo excessivo de alimentos ricos em sódio, gorduras, açúcares, e hábitos nocivos como etilismo e tabagismo. E como a proposta de intervenção prevê a continuidade, será necessária avaliação contígua a implementação de todas as ações previstas, para alterações de planejamento necessárias, assegurando assim o cumprimento do projeto de intervenção, o que só será possível com o comprometimento de todos os atores envolvidos no processo (profissionais e serviços).

REFERÊNCIAS

RODRIGUES, Cybelle Cristina Pereira; QUARESMA, Mariana do Socorro Maciel; MONTEIRO, Ronaldo Costa. **Educação em Saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional**. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjjeWg2qveAhVEiZAKHWiYDg0QFjAFegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.tempusactas.unb.br%2Findex.php%2Ftempus%2Farticle%2Fdown>

[nload%2F1730%2F1479&usg=AOvVaw1Woqah8SgAmgKyLs_zBaeF](#)> Acesso em 29 de Outubro de 2018.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. UNIFESP. São Paulo – SP, 2008. Disponível em:

<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf> Acesso em 29 de Outubro de 2018.

SILVA, Santília Tavares Ribeiro de Castro; MELO, Soniely Nunes; TORRES, Bruna Rafaella Santos; ASSIS, Rayana Ribeiro Trajano; BOMFIM, Ana Marlusia Alves; LUCENA, Amanda Rebeca Soares; LUCENA, Marta Gerusa Soares; LUCENA, Micaelly Soares. **Abordagem Dinâmica das Complicações do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Quando Negligenciadas: Um Relato de Experiência**. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13757/9819>> Acesso em 29 de Outubro de 2018.

<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-causa-de-morte-no-mundo>

Acesso em 04 de Novembro de 2018.

Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990

SANTOS, Elenice Pinheiro. **Contribuição da Estratégia de Saúde da Família para a Consolidação do Modelo Assistencial Preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. UFMG. Araçuaí – MG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3349.pdf>> Acesso em 05 de Novembro de 2018.

Portaria nº 252, de 19 de Fevereiro de 2013. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017 – 2018**. Editora Clanad. São Paulo – SP, 2017. Disponível em:

<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em 10 de Novembro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus**. Brasília-DF, 2013.

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> Acesso em 10 de Novembro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS**. Brasília-DF, 2013. Disponível em:

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> Acesso em 10 de Novembro de 2018

SILVA, Juliana Veiga Mottin; MANTOVANI, Maria de Fátima; KALINKE, Luciana Puchalski; ULBRICH, Elis Martins. **Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários**. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). Brasília-DF, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>> Acesso em 10 de Novembro de 2018.

FRACOLLI, Lislane Aparecida; ZABOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira; ERMEL, Regina Célia. **Conceito e Prática da Integralidade na Atenção Básica: A percepção das Enfermeiras**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo - SP. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>> Acesso em 10 de Novembro de 2018.

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/conceicao-do-araguaia>> Acesso em 10 de Novembro de 2018.

