

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

FREDERICO SALOMÃO ATAÍDE

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ABORDAGEM
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA EQUIPE DE SAÚDE NA FAMÍLIA
DONA SANTINHA DO VALE DO JEQUITINHONHA / MG**

**Sete Lagoas - Minas Gerais
2016**

FREDERICO SALOMÃO ATAÍDE

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ABORDAGEM
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA EQUIPE DE SAÚDE NA FAMÍLIA
DONA SANTINHA DO VALE DO JEQUITINHONHA /MG**

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

Orientador: Prof. Dr. Christian Emmanuel Torres Cabido

FREDERICO SALOMÃO ATAÍDE

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ABORDAGEM
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA EQUIPE DE SAÚDE NA FAMÍLIA
DONA SANTINHA DO VALE DO JEQUITINHONHA /MG**

Banca examinadora

Prof. Dr. Christian Emmanuel Torres Cabido - Orientador

Prof. Flavia Casasanta Marini - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de Janeiro de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus, por soprar em mim a vontade de viver, e de soprar desafios.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Silmeiry Angélica Teixeira e Christian Emmanuel Torres Cabido pelo enorme empenho e dedicação a especialização, pelos ensinamentos valiosos e fundamentais para minha formação. Aos meus pais pelos quais foram responsáveis pela minha formação intelectual e pessoal. A minha linda Noiva Ednele pelo companheirismo e amor dedicados nesse período.

EPÍGRAFE

"O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem"

Guimarães Rosa

RESUMO

A unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Santinha está localizada no Distrito de Milho Verde, município de Serro, no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Durante muito tempo, a equipe de saúde da unidade não conseguiu dar a atenção necessária às condições crônicas de saúde à população, como diabetes e hipertensão, por isso encontramos poucos pacientes cadastrados com essas condições dentro de uma grande população adscrita, além de alguns sujeitos descompensados de ponto de vista de sua patologia. Esse trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de Intervenção para melhoria da abordagem aos doentes crônicos da área de abrangência da equipe de saúde da UBS Dona Santinha. Para o desenvolvimento do trabalho fez-se uma revisão sistemática da literatura acessando a base de dados da BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://www.bireme.br>), e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) no período de 2010 a 2015, cruzando os descritores: “Equipe de Saúde, Doenças Crônicas, Hipertensão, Diabetes”, assim o método de planejamento estratégico situacional foi utilizado para elaboração do plano de intervenção. Para esse último foram identificados os “nós críticos”, são eles: Hábitos e Estilos de Vida, Acolhimento e Agendamento na UBS, Gestão e Processo de Trabalho. Foram organizamos as informações de forma esquemática, correlacionando o “nó crítico” com sua respectiva operação/projeto, os produtos pretendidos, os resultados esperados e, por fim, os recursos que serão necessários para elaborar cada operação. O nó crítico Falta do Acolhimento e Agendamento do Atendimento desenvolveu-se com a seguinte operação: Efetivar o acolhimento e estabelecer uma agenda para o médico, dentista e enfermeiro. O Nó crítico Gestão de Saúde / Processo de Trabalho tem como operação: Organizar o Processo de Trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, evitando sobrecarga de alguns profissionais. Protocolos da Atenção Primária a Saúde (gestante, hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, etc.). O nó crítico Hábitos e Estilo de Vida visa a Modificação dos hábitos e estilo de vida da população. A melhoria a abordagem às doença crônicas da população acompanhada pela equipe da UBS Dona Santinha diminui a morbidade associada a essas doenças, melhora a qualidade de vida dessas pessoas e pode aumentar suas sobrevidas.

Palavras-chave: Equipe de Saúde, Doenças Crônicas, Hipertensão, Diabetes.

ABSTRACT

The Basic Health Unit (UBS) Dona Santinha is located in the Green Corn District, city of Serro, in Jequitinhonha Valley in Minas Gerais. For a long time, the health team unity failed to give the necessary attention to chronic health conditions to the population, such as diabetes and hypertension, so we find few patients registered with those conditions within a large enrolled population, plus some uncompensated subject point of view of their pathology. This work is objetivo prepare an intervention project to improve the approach to chronic patients in the area covered by the health team of the UBS Dona Santinha. For development work did a systematic review of the literature accessing the BIREME database (Biblioteca Virtual Health - BVS: <http://www.bireme.br>), and MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) in period 2010-2015, crossing the descriptors: "Health Team, Chronic Diseases, Hypertension, Diabetes," so the situational strategic planning method was used to prepare the action plan.. For the latter the "critical nodes" were identified, they are: Habits and Lifestyles, Home and Scheduling at UBS, Management and Work Process. We organize the information schematically, correlating the "critical node" with their respective operation / project, the desired products, the expected results and, finally, the resources needed to prepare each operation. The critical node Home Shortage and Support Services Scheduling was developed with the following operation: To conduct the host and establish an agenda for the doctor, dentist and nurse. Critical Node Health Management / Work Process has the operation: Organizing the Work Process in Basic Health Units, avoiding overloading of some professionals. Protocols of Primary Health (pregnant women, hypertensive, diabetic, tuberculosis, leprosy, etc.). The critical node Habits and Lifestyle aims to modification of habits and people's lifestyle. Improving the approach to chronic disease of the population accompanied by the UBS Dona Santinha team decreases the morbidity associated with these diseases, improve the quality of life of these people and can increase your survival.

Keywords: Health Team, Chronic Diseases, Hypertension, Diabetes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Dados para Diagnóstico Situacional.....	11
1.1.1 Aspectos Demográficas.....	11
1.1.2 Aspectos Ambientais.....	11
1.2 Aspectos Epidemiológicos.....	13
1.2.1 Hospitalizações.....	13
1.2.2 Mortalidade.....	13
1.2.3 Dados de Interesse.....	13
1.3 Recursos de Saúde.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Descrições do Problema.....	23
6.2 Explicações do Problema	24
6.3 Identificação dos nós críticos.....	25
6.4 Plano de Intervenção.....	26
6.5 Monitorização do Projeto de Intervenção.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
8. REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

Atualmente há duas versões sobre a história de Milho Verde. Uma delas conta sobre a passagem de bandeirantes na região, quando em certo momento alguns deles com fome pararam na casa de um habitante local. Este habitante, Sr. Modesto, ofereceu-lhes abrigo e a única coisa que tinha como alimento: milho verde.

Em outra versão, contam que apareceu por volta de 1711 na região um português natural da Província do Ninho. Seu nome, Rodrigues Milho Verde. Este português veio à procura de ouro e diamante, abundantes nas regiões próximas. Através dele várias pessoas vieram com o mesmo objetivo formando assim o povoado.

A primeira denominação dada foi Arraial de Nossa Senhora dos Prazeres de Milho Verde do Serro Frio. Este nome foi devido a Nossa Senhora dos Prazeres ser a padroeira do arraial, Milho Verde o nome do seu fundador e Serro Frio pelo fato do arraial estar localizado em Santo Antônio do Bom Retiro do Serro Frio, atual cidade do Serro. Em 9 de julho de 1868 foi oficialmente elevada a distrito desta cidade.

Historicamente a vila foi ocupada por garimpeiros atrás de ouro e, posteriormente, de diamantes. Passado esse período, de acordo com relatos de visitantes, Milho Verde viveu um período de extremo abandono.

No início do século XX os garimpeiros retornam e desta vez com auxílio de dragas e bombas. Os danos à natureza são rios que tiveram seus cursos desviados, seus cascalhos revirados, tudo para atender à cobiça dos exploradores. Finalmente a mineração no lugar foi proibida. A pecuária, a agricultura de subsistência e também a colheita de flores sempre-vivas passaram a ser as atividades de quem permaneceu na cidade (que servia também de parada para tropeiros).

A antiga vila de mineração talvez estivesse condenada ao desinteresse se não fosse descoberta como destino turístico. O passado de abandono e esquecimento foi um importante aliado na preservação das características do povoado e de sua gente simples e hospitaleira. Milho Verde hoje conta com um lindo cenário turístico, rico em cachoeiras, que atrai turistas de todas as partes do país (e até do mundo). Informações coletadas do site: <http://www.milhoeverdeng.com.br> em 28.01.2016.

1.1 Dados para Diagnóstico Situacional

1.1.1 Aspectos demográficos

Milho Verde é um distrito do município brasileiro de Serro, no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sua população era de 1 275 habitantes, sendo 655 homens e 620 mulheres, possuindo um total de 548 domicílios particulares.¹ Foi criado pela lei provincial nº 830, de 11 de julho de 1857.²

Quadro 1. População do Distrito de Milho Verde segundo Faixa etária e sexo.

Sexo	Faixa Etária (anos)								Total
	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 59	> 60	
Masculino	3	36	53	57	77	185	65	90	633
Feminino	2	32	48	71	91	155	80	105	658
Total	5	68	91	128	168	340	145	195	1291

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro(2015).

1.1.2 Aspectos Ambientais

O distrito carece de investimentos na área de Saneamento Básico, já que grande parte das Comunidades Rurais não possui água encanada e rede esgoto, funcionando ainda com fossas sépticas abertas sem controle técnico. Além disso grande parte do lixo é queimado a céu aberto.

Quadro 2. Destinação do Lixo no Distrito de Milho Verde

Destino do Lixo	Numero	%
Coleta Pública	118	30,89
Queimado/Enterrado	261	68,32

Céu Aberto	3	0,79
------------	---	------

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro(2015).

Quadro 3. Destinação do Esgoto no Distrito de Milho Verde

Destino Fezes/Urina	Numero	%
Sistema de Esgoto	0	0
Fossa	361	94,5
Céu Aberto	21	5,5

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro(2015).

Quadro 4. Abastecimento de Água no Distrito de Milho Verde

Abastecimento de Água	Número	%
Rede Pública	2	0,52
Poço ou Nascente	378	98,95
Outros	2	0,52

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro(2015).

1.1.3 Aspectos Socioeconômicos

Na comunidade de Milho Verde, local da sede da ESF, as pessoas tem como sua principal fonte de renda o envolvimento com o turismo local. Muito valorizado devido as belas cachoeiras que estão em vários locais próximos ao distrito. Já nas localidades próximas a Milho Verde (Baú, Ausente, Fazenda Santa Cruz, etc...) as pessoas sobrevivem as custa da agropecuária, e em alguns locais ainda do garimpo, na busca de Diamantes.

Quadro 5. Atividades Familiares

Famílias estimadas	Número	%
Nº de famílias cadastradas	382	
7 a 14 anos na escola	173	90,1
15 anos e mais alfabetizados	949	95,96
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	22	1,7
Numero de famílias no bolsa família	25	6,54
Famílias inscritas no CAD-Unico		

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro 2015

1.2 Aspectos epidemiológicos

1.2.1 Hospitalizações

Os dados Fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Serro não falavam sobre Hospitalizações.

1.2.2 Mortalidade

Os dados Fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Serro não falavam sobre Mortalidade.

1.2.3 Dados de Interesse

Alta Prevalência de cárie dentária.

Recentemente foram descobertos quatro novos casos de Leishmaniose tegumentar no Distrito de Milho verde.

Quadro 6. Doenças Referidas

Faixa Etária (anos)	Doenças Referidas							Faixa Etária (anos)	Condições Referidas
	ALC	CHA	DEF	DIA	EPI	HA	HAN		
0 a 14	0	0	3(0,99%)	0	1(0,33%)	3(0,99%)	0	10 a 19	1 (0,62%)
15 ou mais	22(2,22%)	0	13(1,31%)	33(3,34%)	10(1,01%)	261(26,39%)	1(0,1%)	20 ou mais	9 (2,17%)
Total	22(1,70)	0	16 (1,24%)	33(2,36%)	11(0,85)	264(20,45%)	1(0,8%)	Total	10(1,74%)

Fonte: Secretaria de Saúde de Serro 2015

1.3. Indicadores de Cobertura

1.3.1 Produção da Equipe de Saúde

Os dados Fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Serro não falavam sobre a Produção da Equipe de Saúde.

1.3.2. Recursos de saúde

A ESF localizada no Distrito de milho Verde, foi inaugurada em 2010. A sede tem boa estrutura, conta com sala de Reuniões, Sala de Vacinas, Recepção ampla e arejada, Consultórios: médico, odontológico e Ginecológico, Sala de Esterilização, 4 Banheiros, Farmácia, cozinha e suporte para funcionários.

A sede apesar de muito bem construída tem problemas com falta de medicamentos, falta de materiais para sutura e pequenos procedimentos, falta de arquivos para guardar os prontuários.

A equipe do ESF Dona Santinha convive constantemente com dificuldades na referência de pacientes aos demais níveis de assistência, principalmente na área de oftalmologia. No município de Serro, a Policlínica Municipal conta com especialistas médicos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, e Ortopedia, o que facilita o acesso a essas especialidades.

Para que uma unidade de saúde tenha a capacidade de fornecer um atendimento de qualidade e humanizado para a população de sua área de abrangência, é necessário, antes de tudo, que se faça uma pesquisa sobre as características físicas, demográficas e da população daquele local. A realização da Estimativa Rápida é de grande importância para que se possa conseguir tais informações, auxiliando os profissionais de saúde daquele ESF a conhecer melhor as características do bairro e o perfil das pessoas que ali residem. Por isso, elegemos tal método para fazer o diagnóstico situacional no território em que eu trabalho na UBS Dona Santinha do Distrito de Milho Verde, Município de Serro- MG.

Dentre os vários blocos de informações, elegemos como principais problemas o “ambiente físico” (estrutura precária de saneamento e de moradias), “ambiente socioeconômico” (baixa escolaridade, desemprego e baixa renda *per capita*), “serviços de saúde” (ausência de prioridade no atendimento às condições crônicas / demanda programada; e infraestrutura desfalcada nas unidades de saúde, principalmente farmácia e materiais de urgência) e, por fim, o “perfil das doenças” (a grande prevalência de condições crônicas de saúde fica desamparada pela falta de atendimento programado).

Conforme a categorização dos problemas sugerida por Campos *et al.* (2010), podemos definir cada um dos itens selecionados na Tabela 1, a seguir, como problemas “estruturados” ou “quase estruturados” e, paralelamente, como problemas “intermediários” ou “terminais”. Isso permite uma compreensão de quais problemas devemos abordar, dando-se prioridade aos problemas quase estruturados e objetivando-se, no plano de intervenção, sanar os problemas terminais, através da resolução dos intermediários.

Tabela 1 – Principais Problemas segundo Análise Situacional em Milho Verde

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção de Prioridade
Falta de Atenção às Condições Crônicas ^{2A}	Alta	9	Dentro	1 ^a
Prevalência das condições crônicas (Diabetes, Hipertensão, Gestantes e Saúde da Mulher, Idosos, Etilistas) ^{1, B}	Alta	9	Dentro	2 ^a
Infra-estrutura das UBSs Desfalcada ^{1, A}	Alta	7	Fora	3 ^a
Moradia e Saneamento Precários ^{1, B}	Alta	6	Fora	4 ^a
Baixa Escolaridade ^{1, A}	Alta	4	Fora	5 ^a
Desemprego e Baixa renda ^{1, A}	Alta	5	Fora	6 ^a

Legenda: 1 = Problema Estruturado; 2 = Problema Quase Estruturado;
A = Problema Intermediário; B = Problema Final (terminal).

Fonte: Próprio autor.

2. JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dona Santinha realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado a baixa atenção as condições crônicas de Saúde na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento para evitar novos casos e reduzir complicações nos casos presentes.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3. OBJETIVOS

Elaborar um projeto de Intervenção para melhoria da assistência aos doentes crônicos da área de abrangência da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família Dona Santinha com visão na gestão da assistência ao usuário, e qualidade do atendimento.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção fez-se uma revisão sistemática da literatura acessando a base de dados da BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://www.bireme.br>), e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) no período de 2010 a 2015, cruzando os descritores: “Equipe de Saúde, Doenças Crônicas, Hipertensão, Diabetes”. Foi utilizado também o método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi a pouca atenção dada pela equipe de saúde às condições crônicas de saúde da população, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Gestantes e Hipertensão Arterial Sistêmica. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a través das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planeamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças crônicas que têm sido muito estudadas por conta da importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida. Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos), na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (CAPILHEIRA,2011; SANTOS,2011). Elas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes matam três em cada cinco pessoas no mundo inteiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O Brasil atualmente enfrenta a dupla carga das DCNT, além da carga constante de doenças transmissíveis e reprodutivas, desnutrição infantil e anemia especialmente em comunidades pobres. Atualmente, as doenças crônicas são a principal causa de mortalidade e de doenças representando 68% das mortes e 60% dos anos de vida ajustados por incapacidade. Somente as doenças cardiovasculares são responsáveis por 35% das mortes, enquanto a combinação de AIDS, tuberculose e malária, e todas as outras doenças infecciosas são responsáveis por 10% das mortes (BRANDÃO,2012; AMODEO,2012; NOBRE,2012).

A crescente exposição a fatores de risco em combinação com os baixos níveis de acesso aos cuidados preventivos está aumentando as necessidades de saúde não satisfeitas (TAKEDA,2013; In: DUNCAN,2013). O Brasil vem experimentando uma “transição nutricional” com relação às dietas menos saudáveis. De 30% a 60% da população da região sudeste não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física, e a obesidade está aumentando rapidamente.

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS,2010).

Em relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira sa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8% (BRASIL, 2011).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da

morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

Com relação ao hábito do tabagismo destacam-se as seguintes situações relacionadas: câncer de pulmão; hipertensão arterial; aneurisma arterial; úlcera do aparelho digestivo; infecções respiratórias; trombose vascular; osteoporose; catarata; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce e complicações na gravidez (INCA, 2001).

O acesso inadequado aos serviços de saúde de alta qualidade, incluindo: a prevenção clínica, os serviços de diagnóstico e o difícil acesso aos medicamentos essenciais são importantes fatores que contribuem para a crescente carga de doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Esta carga de doenças crônicas deverá aumentar devido ao envelhecimento da população e ao relativo declínio na proporção de doenças transmissíveis. Estima-se que nas próximas duas décadas se tripliquem o número de pacientes diabéticos, com doença cardíaca isquêmica e a mortalidade por acidente vascular cerebral com doença cardíaca isquêmica e a mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Diante do que já foi descrito aparece então o acolhimento, esse passa ser então uma nova ferramenta da estratégia saúde da família, colocando a ação como diretriz operacional solicitando assim uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e sendo assim, valoriza a abertura e encontro profissional de saúde com o usuário ou comunidade; observa a problematização dos processos de trabalho, de modo a responsabilizar a equipe multiprofissional na escuta e resolução das necessidades; procura humanizar o cuidado e estabelece vínculos e também compromissos ao dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, família ou comunidade.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrições do Problema

No território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) rural de Serro/MG existem cadastrados 33 Diabéticos, 264 hipertensos, 195 idosos, 9 gestantes. Esses números evidenciam a importância de uma atenção programada aos respectivos grupos, considerados prioritários e com repercussão importante nos indicadores de saúde.

Segundo uma revisão dos prontuários de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), estimamos uma taxa de acompanhamento, conforme preconizado, de aproximadamente 60% para os hipertensos e 75% para os diabéticos. Além disso, devemos atentar que, segundo dados epidemiológicos brasileiros (Diretriz Brasileira Hipertensão, 2010), a prevalência de hipertensão está bem abaixo dos 30% da população, ou seja, pelo menos 390 hipertensos devem existir no território da ESF Milho Verde Serro/MG. Quanto à prevalência do diabetes, estima-se que aproximadamente 12% da população seja diabéticas (Diretriz Brasileira Diabetes, 2009), ou seja, 156 diabéticos devem existir na ESF Milho Verde/MG. Esses dados mostram a discrepância entre o número de doentes crônicos cadastrados e o esperado.

As gestantes têm um hábito peculiar de procurarem a ginecologista que atende semanalmente no município para fazer seu pré-natal, sem a mínima discriminação entre as gestações de alto risco ou risco habitual, de forma a sobrecarregar tal especialista. Os idosos também estão ficando à margem do foco da atenção primária em saúde (APS) de Serro, porém não conseguimos estimar indicadores específicos.

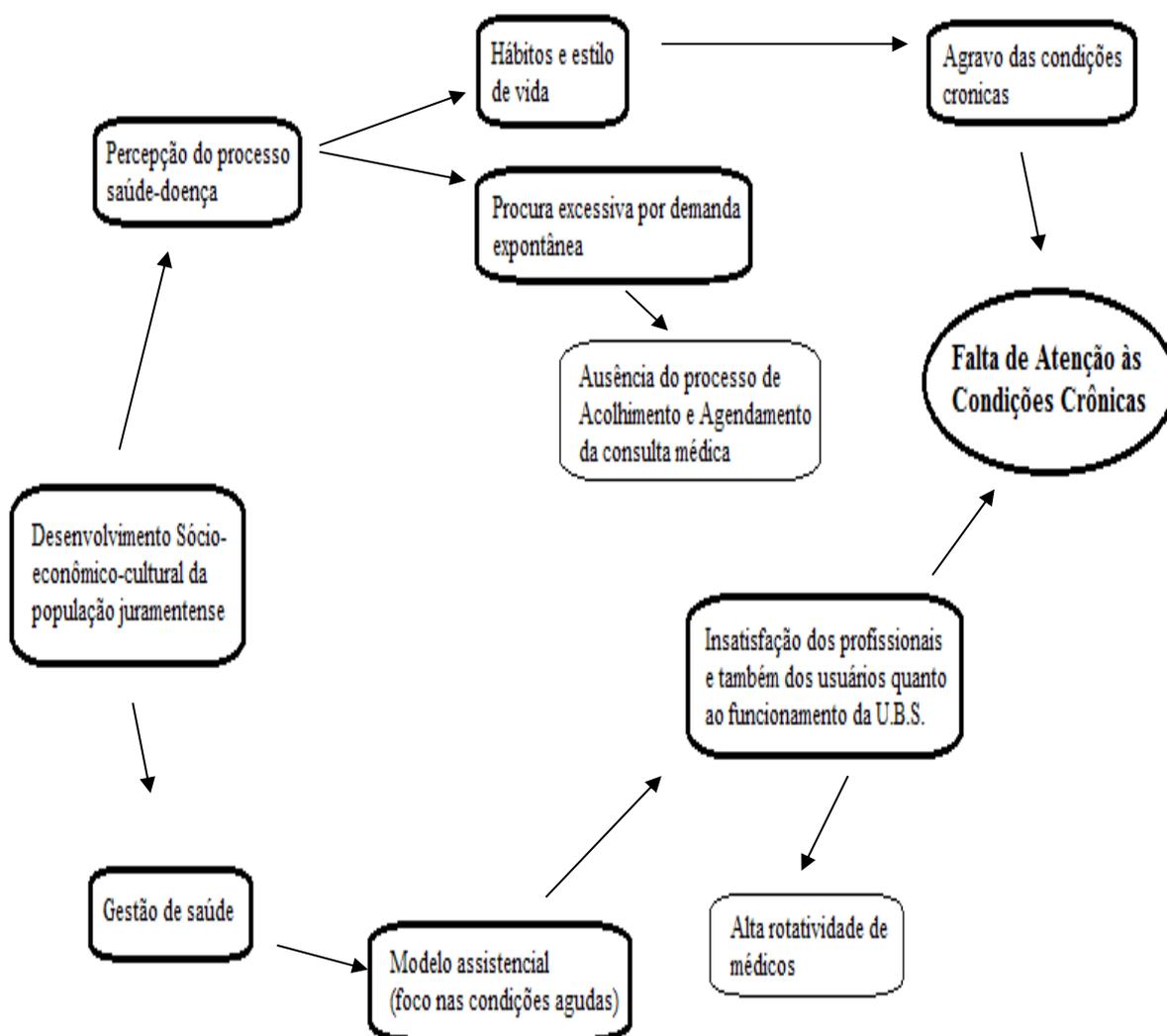
Outra condição crônica que se destaca em Milho Verde é o etilismo, nos seus vários graus e estágios, cuja magnitude não podemos estimar devido ao subdiagnóstico e baixa procura da UBS por esse motivo. Notamos, por observação ativa, que há necessidade urgente de se abordar esses pacientes com medidas específicas e trazendo-os para mais perto da APS.

6.2 Explicações do Problema

No Distrito de Milho Verde, a população traz uma carga sociocultural marcada por altos níveis de desemprego, pobreza, baixa escolaridade e políticos que se revezam no poder erguendo-se pelo populismo e incentivando uma atenção à saúde de forma exclusivamente reativa (aguda), sanando a sede assistencialista do povo e com objetivos eleitoreiros. Infelizmente, os princípios do SUS ficaram muitas vezes de lado e estratégias de promoção e prevenção da saúde fugiram dos objetivos gerenciais ultimamente no referido distrito de Serro.

Vários aspectos devem ser considerados na explicação do problema levantado neste trabalho, mas os principais foram explicitados na figura abaixo (FIGURA 1), tentando-se estabelecer relações de causa e consequência entre eles.

Figura 1 – Árvore explicativa do problema Falta de Atenção às Condições Crônicas em Milho Verde.



Fonte: Próprio autor.

6.3 Identificações dos “nós críticos”

Diante do que já foi apresentado, elencamos como nós críticos: 1) hábitos e estilo de vida; 2) ausência do acolhimento e agendamento do atendimento médico; e 3) gestão da saúde – particularmente do processo de trabalho.

Os serviços de saúde, em sua organização têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. Segundo o Ministério da Saúde (2012) a atenção básica, em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde e organizar as

respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 28, v.2).

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

6.4 Plano de Intervenção

Para garantir o desenvolvimento do projeto de intervenção, é preciso definir antes quem são os responsáveis por cada operação (projeto) e quais são os prazos para cumprimento das ações necessárias, como apresentação de projeto, início, avaliação, etc (PAZ *et al*, 2013).

A seguir são apresentados os quadros dos “nós críticos” e seus respectivos: Operação, Projeto, Resultados esperados, Produtos esperados, Atores sociais/responsabilidades, Recursos necessários, Recursos críticos, Controle dos recursos críticos / Viabilidade, Ação estratégica de motivação, Responsáveis, Cronograma / Prazo:

Quadro 7: Apresentação do Nó Crítico nº 1.

Nó crítico 1	Hábitos e Estilo de Vida
<i>Operação</i>	Modificação dos hábitos e estilo de vida da População
<i>Projeto</i>	Projeto Horta Comunitária Projeto Academia ao Ar Livre Grupo de Tabagistas
<i>Resultados esperados</i>	Diminuir o Sedentarismo; Melhorar a Dieta da População; Diminuir Quantidade de Tabagistas e Carga Tabágica.
<i>Produtos esperados</i>	Programa Academia ao Ar Livre;

	Programa Horta Comunitária; Grupos Antitabagismo.
<i>Atores sociais/ responsabilidades</i>	Prefeitura Profissionais da Saúde Educador físico.
<i>Recursos necessários</i>	Econômico: apoio da prefeitura na manutenção da horta e educador físico; Organizacional: agendar grupos de tabagistas, organizar atividades da Academia e da Horta.
<i>Recursos críticos</i>	Econômico: apoio da prefeitura na manutenção da horta e educador físico; Organizacional: agendar grupos de tabagistas, organizar atividades da Academia e da Horta.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Frederico (Médico) / Alta Viabilidade dos projetos, exceto a horta comunitária que depende do espaço a ser concedido pela prefeitura.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Apresentar projeto da “horta comunitária” e da “academia a céu aberto” à Prefeitura.
<i>Responsáveis:</i>	Marisa e Gabriela Simone Elaine
<i>Cronograma / Prazo</i>	Apresentação do projeto Academia ao Ar Livre em 1 mês; Iniciar atividades em 3 meses. Apresentação do projeto Horta Comunitária em 1 mês; Iniciar atividades em 3 meses. Iniciar atividades do grupo Antitabagismo em 1 mês

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 8: Apresentação do Nó Crítico nº 2.

Nó crítico 2	Falta do Acolhimento e Agendamento do Atendimento
<i>Operação</i>	

	Efetivar o acolhimento e estabelecer uma agenda para o médico e enfermeiro
<i>Projeto</i>	Acolhimento Agenda do Médico, Enfermeiro e Dentista.
<i>Resultados esperados</i>	Diminuir a insatisfação da demanda espontânea excedente; Garantir atendimento no(s) próximo(s) dia(s) para essa demanda excedente; Permitir ao médico e enfermeiro programar suas atividades a cada mês.
<i>Produtos esperados</i>	Protocolo e Capacitação dos Profissionais para o Acolhimento; Organizar as Atividades do Médico e do Enfermeiro mensalmente através de uma agenda.
<i>Atores sociais/ responsabilidades</i>	Técnico de Enfermagem e Enfermeiro: Acolhimento Agendas: Profissional graduado da Unidade com o técnico de enfermagem
<i>Recursos necessários</i>	Cognitivo: conhecimento da estratégia de acolhimento por todos os profissionais; Organizacional: construir um protocolo de acolhimento e uma agenda esquematizada.
<i>Recursos críticos</i>	Cognitivo: conhecimento da estratégia de acolhimento por todos os profissionais; Organizacional: construir um protocolo de acolhimento e uma agenda esquematizada.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Frederico (Médico) / Alta Viabilidade
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Reuniões para capacitação e sensibilização em acolhimento em saúde.
<i>Responsáveis:</i>	Elaine (Tec. Enf.) e Assis (Enf.), Clara (Dent.), Frederico(Méd.)
<i>Cronograma / Prazo</i>	Elaborar protocolo em 1 mês; Capacitar os profissionais da UBS em 2 meses.

	Elaborar agenda em 1 mês.
--	---------------------------

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 9: Apresentação do Nó Crítico nº 3.

Nó crítico 3	Gestão de Saúde / Processo de Trabalho
<i>Operação</i>	Organizar o Processo de Trabalho nas UBSs, evitando sobrecarga de alguns profissionais.
<i>Projeto</i>	Protocolos da APS (gestante, hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, etc.) Murais Informativos
<i>Resultados esperados</i>	Diminuir a sobrecarga de alguns profissionais; Aumentar a eficiência no atendimento; Atenção particularizada às condições crônicas; Aumentar o vínculo dos doentes crônicos com a UBS.
<i>Produtos esperados</i>	Protocolos para as várias situações na rotina de trabalho: Renovação de receitas, atendimento às condições crônicas (HAS, DM, Gestantes, etc); Murais informativos na recepção da UBS.
<i>Atores sociais/ responsabilidades</i>	Médico, Enfermeiro e Dentista para a criação dos protocolos. Demais profissionais da Unidade para criação dos Murais.
<i>Recursos necessários</i>	Cognitivo: conhecer as recomendações para HAS, DM, Gestantes, etc... Organizacional: elaborar protocolos específicos para o atendimento na UBS; Construir murais com informações importantes ao usuário.
<i>Recursos críticos</i>	Cognitivo: conhecer as recomendações para HAS, DM, Gestantes, etc... Organizacional: elaborar protocolos específicos para o atendimento na UBS; Construir murais com informações importantes ao usuário.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Frederico (Médico) / Alta Viabilidade

<i>Ação estratégica de motivação</i>	Construir protocolos (impressos); Capacitar demais profissionais. Construir os murais.
<i>Responsáveis:</i>	Assis Elaine
<i>Cronograma / Prazo</i>	Elaborar protocolos em 3 meses. Afixar murais em 1 mês.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6.5 Monitorização do Projeto de Intervenção

O monitoramento e avaliação têm sido cada vez mais considerados práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (CAMPOS, F.C.C.2013; FARIA H. P.,2013; SANTOS, M.A.,2013). O quadro abaixo mostra os indicadores para monitorização do trabalho.

Quadro 10: Monitorização das Atividades

Indicadores	Momento Atual		Após 3 meses	
	Número / Atividades Efetivadas	%	Número / Atividades Efetivadas	%
Projeto Horta Comunitária	0	0%	0,5	50%
Projeto Academia ao Ar Livre	0	0%	1	100%
Grupo de Tabagistas	1	33,3%	3	100%
Acolhimento	1	100%	1	100%
Agenda do Médico, Enfermeiro e Dentista	1	100%	1	100%
Protocolos da APS	0	0%	5	100%

Murais Informativos	1	16,6%	6	100%
----------------------------	---	-------	---	------

Fonte: Dados da ESF Janeiro a Junho de 2015

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após os inúmeros detalhes abordados nesse projeto, torna-se possível a execução da intervenção em si. Até aqui, notamos a complexidade e o número de processos e pessoas envolvidas na mudança que almejamos. Como dito antes, esse problema é “quase estruturado”, ou seja, envolve diferentes atores, que nem sempre concordam com o mesmo objetivo, e demanda paciência para vencer cada obstáculo.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v.33, Suppl. 1: p. 1-211, 2010.

BRANDÃO, A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:05.07.2015

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 05.07.2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v.2)

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_a_valiacao_das_acoes_de_saude_2/3>.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAPILHEIRA M, SANTOS I.S. Doenças **crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil**. Cad Saúde Pública 2011; 27:1143-53.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização**. NESCON/FM/UFMG. Abril, 1999.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173> Linha-cuidado-integral-

conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2012

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante**: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas**, out. 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional**. *Epidemiologia e Serviços da Saúde* , Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Itapevi,SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 3ed., 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol; n.95 (1 supl.1): p 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Itapevi,SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 3ed., 2009.

TAKEDA, S. M. P. Organização de serviços de APS. In: DUNCAN, BRUCE Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIULIANI, Elsa (Orgs.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.