

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES E HIPERTENSÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA INCONFIDENTES, EM SANTA CRUZ DE MINAS, MINAS GERAIS

*Raquel Coelho Moreira**
Virgiane Barbosa de Lima†
Laila Cristina Moreira Damázio‡

RESUMO

A atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas não transmissíveis, em particular o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica é uma necessidade prioritária da Atenção Primária em Saúde, assim como da Estratégia Saúde da Família, pois esta influencia positivamente na prevenção da doença. O presente trabalho objetivou propor um plano de intervenção para melhorar a atenção integral à saúde dos portadores de diabetes e hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família Inconfidentes, no município de Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional, para a construção da proposta de intervenção, na tentativa de atuar sobre o problema considerado prioritário: as doenças crônicas não transmissíveis. Para subsidiar a construção do plano de ação, realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema, com base em dados de bibliotecas virtuais da área da saúde. Assim, espera-se que as atividades propostas possam contribuir para o desenvolvimento de uma atenção com qualidade na promoção e prevenção da saúde dos acometidos por doença crônica.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família. Doenças crônicas. Adesão ao tratamento.

1 INTRODUÇÃO

Santa Cruz de Minas é um município brasileiro localizado no interior de Minas Gerais, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019 era de 8.604 habitantes. Ocupando uma área territorial de 3,565 km², o município é um dos menores do Brasil em extensão. Além disso, está situado a aproximadamente 150 km de Belo Horizonte, na região de Campos das Vertentes, entre Tiradentes e São João Del-Rei¹.

Há cerca de nove anos, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e possui, atualmente, em funcionamento, três equipes na zona urbana, cobrindo 100% da população. Além das três ESF. No município, funciona uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde

* Médica. Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família pelo NESCON-UFMG (2020) e Dermatologia com ênfase em Cosmiatria pela ISMD. Professora do curso de Medicina no Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. *E-mail:* raquelcm29@gmail.com.

† Farmacêutica. Tutora do Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família UAB UNASUS/NESCON.

‡ Professora do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN.

especialistas prestam serviço de fisioterapia, psicologia, odontologia, pediatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia e ortopedia.

Realizado o diagnóstico situacional e feita a observação ativa da área de abrangência da ESF Inconfidentes, foi possível, em reunião de equipe, relacionar os principais problemas que dificultam a assistência à saúde ou que comprometem a qualidade de vida dos usuários adscritos, bem como seus reflexos em suas vidas e comunidade. Observando-se a capacidade de enfrentamento e a urgência que as ações necessitam, foi selecionado como tema de intervenção “o grande número de hipertensos e diabéticos descompensados”, por serem esses problemas desencadeantes para outros, além de afetarem diretamente na qualidade de vida.

A ESF Inconfidentes observou os registros da equipe e, conforme os dados demográficos e de condições de saúde levantados, mostrou que cerca de 30% dos usuários adscritos ao seu território são portadores de diabetes e/ou hipertensão e que, sob a responsabilidade da equipe, podem melhorar sua qualidade de vida. Em vista disso, o objetivo do presente trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e adesão ao tratamento entre usuários portadores de doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes junto à equipe de Saúde da Família Inconfidentes, em Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. A proposta de intervenção se justifica diante da demanda significativa de usuários portadores de doenças crônicas, principalmente o diabetes e a hipertensão. São pessoas que carecem de atendimentos, muitas vezes urgentes, apresentando ou não comorbidades ou descompensados pela falta do tratamento adequado, caracterizando falta de adesão ao mesmo.

Para a elaboração dessa intervenção, primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência associado à observação ativa e também avaliação do processo de trabalho da ESF Inconfidentes. Em seguida, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), para a construção da proposta de intervenção². Buscou-se, assim, atuar sobre o problema, considerado prioritário e que vem afetando de forma negativa a assistência prestada aos usuários acometidos e que vivem na área de abrangência. Uma vez identificado o problema prioritário e seus nós críticos, foi posteriormente elaborado o plano de intervenção.

Para subsidiar a proposta de intervenção, realizou-se revisão de literatura sobre o tema, com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais da área da saúde, utilizando os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Doenças crônicas, Adesão ao tratamento, Prevenção.

2 DESENVOLVIMENTO

A ESF é uma ferramenta que utiliza os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e fundamenta-se nos princípios do SUS, constituindo uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde, conhecido como modelo biomédico. Essa estratégia é capaz de orientar a organização do sistema de saúde, buscando resolver as demandas por saúde da população por meio da mudança do modelo assistencial³. Para isso, são desenvolvidas práticas de saúde, como a “centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial”⁴.

As principais causas de óbitos em todo o Brasil pertencem à classe das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e são grandemente representadas pela hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM)⁵. As investigações sobre as DCNT iniciaram em torno de 1923 nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa. Na década de setenta, com metodologias mais modernas, as investigações tornaram-se mais robustas. Observou-se, então, que essas doenças deixaram de ocorrer com grande expressão nos países desenvolvidos, passando a acometer mais pessoas naqueles em desenvolvimento, tal qual o Brasil, em que o cenário é agravado por fatores dificultadores na implantação de programas de prevenção e combate às patologias e pela desigualdade social e dimensão continental do país⁵.

Abordar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o DM em um único protocolo é possível pela presença de fatores comuns às duas patologias, como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outros. Além disso, é necessária a detecção, diagnóstico, identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e tratamento adequado para a HAS e o DM. É um desafio para o SUS, comunidade científica e as associações de

portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata, alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade provocado.

Assim, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada aos custos dos medicamentos e às condições sociodemográficas dos pacientes, gerando a procura por serviços de emergência. Muitas vezes, são pacientes com baixa renda salarial, acesso aos serviços de saúde dificultados, consumo de bebidas alcoólicas e acompanhamento médico irregular, demandando, assim, planos de intervenção para a redução das complicações causadas pela HAS e elevando o número de internações⁶.

2.1 Plano de Intervenção

A proposta de intervenção vinculou-se ao problema priorizado no território da ESF Inconfidentes, em Santa Cruz de Minas, onde, por meio do diagnóstico situacional, foram levantados os problemas mais frequentes no território. Após análise de viabilidade, governabilidade e urgência no enfrentamento, selecionaram-se muitos hipertensos e diabéticos descompensados por falta de adesão ao tratamento. Para esses pacientes, registrou-se uma descrição do problema, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional.

No município de Santa Cruz de Minas, 24,7% da população é portadora de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes. Na área de abrangência considerada, esse número se eleva para 26,33% da população, conforme dados do sistema de informação municipal. Somando-se a esse dado, observou-se que a população da área de abrangência da ESF Inconfidentes tem dificuldade em entender o funcionamento da Atenção Básica (AB) e seu papel de promoção e prevenção em saúde.

A demanda espontânea, em sua maioria, é de usuários que procuram atendimento para condições agudas, principalmente hipertensos e diabéticos descompensados, o que leva a longas filas de espera por atendimento médico, em detrimento do atendimento multiprofissional que se espera de uma atenção básica que preconiza evitar situações de agravo à saúde.

Por esse motivo, os profissionais da ESF Inconfidentes apresentaram uma mudança nas ações programadas da AB, passando a estabelecer reuniões semanais em grupos operacionais, com ações voltadas para essa demanda.

Porém, para que essas ações sejam, de fato, efetivas, é necessário também uma mudança de atitude de toda a equipe de saúde, para que, além de programar as ações, estimule a adesão da população ao tratamento das doenças crônicas. Observados os desfechos dos atendimentos nos registros da equipe de janeiro a maio/2019, apenas 3,3% resultaram em agendamentos para grupos operativos e ações programadas do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e apenas 3,9% representaram agendamentos para cuidados continuados.

Para direcionar as ações propostas nesse projeto de intervenção, foram identificados, a partir do problema prioritário, os seguintes nós críticos: nó crítico 1 - adesão ineficaz dos diabéticos e hipertensos aos tratamentos propostos (medicamentosos e não medicamentos) e difícil adaptação da população ao modelo de saúde preventiva; nó crítico 2 - aceitação de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada; nó crítico 3 - orientação ineficaz da demanda espontânea e adequação do processo de trabalho da equipe. Os Quadros 1, 2 e 3 evidenciam, para cada nó, a projeto de intervenção.

Quadro 1 – Projeto de intervenção - nó crítico 1 (continua)

Nó crítico 1	Adesão ineficaz dos diabéticos e hipertensos aos tratamentos propostos (medicamentosos e não medicamentos) e difícil adaptação da população ao modelo de saúde preventiva.
Operação	Alterar agenda da unidade, aumentando o número de consultas programadas para pacientes portadores de doenças crônicas e incentivar participação em atividades coletivas.

Quadro 1 – Projeto de intervenção - nó crítico 1 (conclusão)

Resultados esperados	Melhorar assistência em saúde. Melhorar indicadores de saúde. Diminuir risco cardiovascular. Aumentar adesão a grupos operativos. Aumentar número de consultas agendadas/programadas. Reorganizar demanda da unidade. Reduzir número de atendimentos em demanda espontânea.
-----------------------------	---

Produtos esperados	Aumentar número de atendimentos programados. Aumentar número de encaminhamentos a atividades coletivas. Reduzir demanda espontânea. Reduzir condições agudas preveníveis. Melhorar qualidade de vida da comunidade. Aumentar conhecimento sobre prevenção e hábitos saudáveis. Aumentar procura por consultas agendadas e grupos operativos.
Recursos necessários	Estrutural: organizar a demanda do serviço, aumentar divulgação sobre atividades programadas da equipe, organizar grupos, adequar agendas (ESF e NASF); Cognitivo: informações sobre o tema, estratégias de comunicação e pedagógicas e elaboração do projeto; Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais; Político: articulação entre equipe da ESF, UBS, NASF e comunidade.
Recursos críticos	Cognitivo: elaboração do projeto. Político: adequação da equipe, aceitação da comunidade. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Quatro meses para elaborar/apresentar projeto e organizar agenda.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar adesão às atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado, número de pacientes descompensados atendidos. Avaliação a cada 4 meses, com adaptação da agenda durante o processo, se necessário.

Fonte: produzido pelas autoras.

Quadro 2 – Projeto de intervenção - nó crítico 2 (continua)

Nó crítico 2	Aceitação de que sua condição pode ser resolvida em uma demanda agendada.
Operação	Aumentar o número de atividades em grupo e programadas. Realizar orientação à comunidade em sala de espera, visitas domiciliares, entre outros, informando sobre as mudanças pretendidas.
Resultados esperados	Adequação e aceitação da população ao modelo de assistência preventiva. Melhoria da qualidade da assistência em saúde.
Produtos esperados	Adesão às agendas programadas e aos grupos operativos. Diminuição da agudização de condições crônicas.

Quadro 2 – Projeto de intervenção, nó crítico 2 (conclusão)

Recursos necessários	Estrutural: organizar a demanda espontânea, reorganização da demanda, direcionamento da demanda para ações de promoção e prevenção. Cognitivo: informações sobre as ações programadas da equipe, melhorar estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais. Político: articulação entre equipe da UBS, ESF, NASF, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde.
-----------------------------	--

Recursos críticos	Estrutural: adequar agenda, direcionamento da demanda para ações de promoção e prevenção. Político: adequação da equipe, aceitação da comunidade e apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Quatro meses para elaborar/apresentar projeto e organizar agenda.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar adesão às atividades e consultas programadas. Avaliar proporção de consultas por demanda espontânea e de cuidado continuado, número de pacientes descompensados atendidos. Avaliação a cada 4 meses, com adaptação da agenda durante o processo, se necessário.

Fonte: produzido pelas autoras.

Quadro 3 – Projeto de intervenção – nó crítico 3 (continua)

Nó crítico 3	Orientação ineficaz da demanda espontânea e adequação do processo de trabalho da equipe.
Operação	Realizar reunião, propor em conjunto com a equipe mudanças nos processos de trabalho. Apresentar projeto e propostas de mudanças à comunidade, melhorando a orientação, com qualidade de informação sobre as mudanças pretendidas.
Resultados esperados	Uniformidade das informações prestadas. Organizar atividades programadas. Adesão da população as atividades. Capacitar equipe para orientar a população e reorganizar a demanda.
Produtos esperados	Reduzir demanda espontânea. Melhorar a qualidade da informação fornecida à população. Equipe colaborativa.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda da equipe, promover atividades coletivas Cognitivo: orientar população sobre as atividades planejadas da equipe, estratégias de comunicação, pedagógicas e concordância dos profissionais da equipe ESF. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais. Político: articulação entre profissionais da equipe da UBS, ESF, NASF, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 3 – Projeto de intervenção – nó crítico 3 (conclusão)

Recursos críticos	Cognitivo: uniformidade da informação e concordância dos profissionais. Político: aceitação da comunidade, articulação entre profissionais da equipe e apoio da Secretaria de Saúde. Financeiro: para produção de materiais de orientação, audiovisuais.
Ações estratégicas	Elaborar e apresentar o projeto para equipe e comunidade. Organizar a agenda. Mobilizar equipe e população.
Prazo	Apresentar estratégia no prazo de um mês; dois a três meses para mobilização da equipe e organização da agenda.

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar colaboração da equipe e aceitação da comunidade a cada mês, readaptar estratégia, se necessário.
--	--

Fonte: produzido pelas autoras.

A ESF, por meio da promoção da saúde, realiza articulações que permitem observar fatores que afetam a saúde da população e as necessidades das pessoas que vivem em diferentes territórios e sua cultura. A qualidade dos serviços de saúde é resultado de diferentes fatores, tal qual o comprometimento dos profissionais sanitários e gestores, levando em conta que a formação, desempenho e gestão dos recursos humanos, interferem na qualidade dos serviços prestados e no grau de satisfação dos usuários.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso desta intervenção depende da participação e empenho dos profissionais da equipe Inconfidentes, em Santa Cruz de Minas/Minas Gerais e da equipe multidisciplinar. A qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, no território sob responsabilidade da equipe, pode ser melhorada a partir desta proposta, pois pretende-se estimular a redução dos fatores de risco modificáveis por meio da organização do processo de trabalho, da informação ao acometido e familiares sobre esta etapa da vida e a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Além disso, a equipe deverá reorganizar a agenda de forma a proporcionar reuniões entre a equipe e entre os usuários e seus familiares, desenvolvendo a escuta qualificada, comunicação e vínculo.

A melhoria do cuidado ao portador das DCNT citadas requer avaliação e monitoramento constante, acompanhamento pelos profissionais de saúde da equipe convencional e da equipe multidisciplinar para garantir orientações, monitoramento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e acompanhamento das patologias.

Os recursos utilizados baseiam-se em ações propostas pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, visando melhorar o cuidado através de ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, estímulo e necessidade da modificação de hábitos, resultando em aumento da estima e melhoria da

qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Com esta intervenção, espera-se melhorar a compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde, otimizar a adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa, também necessária ao bem-estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CIDADES IBGE- Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santos-dumont/panorama> Acesso em: 07 jul. 2019.
2. HP, Campos FCC, Santos MA. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018 [acesso em: 10 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.
3. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde Da Família: uma inovação tecnológica em saúde. 2015 Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, abr-Jun. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cbRvR568RNnwjVkWKRdtDfy/abstract/?lang=pt>.
4. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. 2016 Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. :1499-1509. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/abstract/?lang=pt>.
5. Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. 2011 Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, Supl. 1, p. 1383-1388. Disponível em: www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16s1/a73v16s1.pdf.
6. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. 2015 Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 6, p. 1149- 56, nov-dez. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wVcnQmtgXNX83BpcTMTgRkz/abstract/?lang=pt>.