

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

MARIANNE ALICE DOS SANTOS

**ALTO ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE RECEITAS E BAIXA ADESÃO
AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS: IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA NA EQUIPE DE SAÚDE
JOSÉ SILAS COELHO**

Conselheiro Lafaiete – MG

2015

MARIANNE ALICE DOS SANTOS

**ALTO ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE RECEITAS E BAIXA ADESÃO
AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS: IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA NA EQUIPE DE SAÚDE
JOSÉ SILAS COELHO**

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. Kátia Lúcia Moreira Lemos

Conselheiro Lafaiete – MG

2015

MARIANNE ALICE DOS SANTOS

**ALTO ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE RECEITAS E BAIXA ADESÃO
AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS: IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA NA EQUIPE DE SAÚDE
JOSÉ SILAS COELHO**

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. Kátia Lúcia Moreira Lemos

Banca examinadora:

Profa. Kátia Lúcia Moreira Lemos – Orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos – Examinadora

Aprovada em Conselho Lafaiete, em 01/03/2015

RESUMO

Ouro Branco é uma cidade com cerca de 35.475 habitantes (IBGE 2009), localizada a 100km da capital Belo Horizonte, a cidade vive basicamente do ramo industrial, o que atrai trabalhadores de todo país. Atualmente, na Unidade Básica de Saúde José Silas Coelho, temos um alto índice de renovação de receitas e baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos e diabéticos. A maioria não possui conhecimento sobre a doença e suas repercussões. Criou-se na comunidade um hábito de renovação de receitas sem consultas, muitas vezes estimulados até mesmo pelos agentes de saúde. O objetivo é elaborar um projeto de intervenção para a implantação do Programa Hiperdia para aumentar a adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos e diabéticos e diminuir a transcrição de receitas, na comunidade José Silas Coelho. Justifica-se a elaboração deste projeto porque a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são doenças que a cada dia estão em maior evidência na população geral e se não abordados de maneira precoce e contínua podem levar a alterações fisiopatológicas graves e irreversíveis no organismo. Assim, reunir estes pacientes, orientá-los e acompanhá-los de maneira contínua e permanente, irá reduzir de maneira significativa baixa adesão ao tratamento, uma vez que a falta de vagas para consulta médica e a falta de medicação na unidade não seriam mais justificativas para o baixo acompanhamento destes pacientes. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão de literatura sobre o tema. Após a identificação e priorização do problema foram apontados os nós críticos: falta de conhecimento da doença e suas conseqüências, número escasso de vagas para consulta médica, indisponibilidade de medicamentos na UBS, hábito cultural de renovar receita indiscriminadamente sem consultas. As operações previstas são: Viver bem. Mais farmácia. Dia D. Mais atendimento. Embora ainda não completamente implantado o projeto de intervenção terá bons frutos desde que seja implementado de forma multidisciplinar. A população necessita de maior compreensão sobre as conseqüências em longo prazo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, para que a maneira a qual enfrentam o problema seja com seriedade.

Palavras chave: Hipertensão arterial sistêmica. Diabetes mellitus. Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

Ouro Branco is a city of about 35,475 inhabitants (IBGE 2009), located 100km from the capital Belo Horizonte, the city lives primarily in the industrial sector, which attracts workers from across the country. Currently, the Basic Health Unit José Silas Coelho, have a high rate of prescription refills and low adherence to treatment for hypertensive and diabetic patients. Most do not have knowledge of the disease and its repercussions. Was created in the community a habit of prescription refills without consultation, often stimulated even by health workers. The goal is to develop an intervention project for the implementation of Hiperdia Programme to increase adherence to treatment for hypertensive and diabetic patients and decrease the transcription of revenue, in Joseph Silas Coelho community. Justifies the development of this project because hypertension and diabetes mellitus, are diseases that every day are at greater evidence in the general population and if not addressed early and continuously can lead to serious and irreversible pathophysiological changes in the body. So, gather these patients, guide them and accompany them in a continuous and permanent basis, will significantly reduce treatment compliance, since the lack of places for medical consultation and the lack of medication in the unit would be no more excuses for low clinical patient management. To develop the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method and Situational a literature review on the topic. After the identification and prioritization of the problem were pointed out the critical problems: lack of knowledge of the disease and its consequences, scarce number of places for medical consultation, unavailability of medicines in UBS, cultural habit to renew revenues indiscriminately without consultations. The planned operations are: Living well. More pharmacy. D. More day care. Although not yet fully implemented the intervention project will have good results if it is implemented in a multidisciplinary way. The population needs greater understanding of the long-term consequences of systemic hypertension and diabetes mellitus, for the manner in which face the problem is seriously.

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. family health team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
1.1 Diagnóstico situacional.....	05
1.2A Comunidade e a Equipe de Saúde José Silas Coelho.....	06
2 JUSTIFICATIVA.....	07
3 OBJETIVO.....	08
4 METODOLOGIA.....	08
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	09
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	09
5.2 Diabetes mellitus.....	09
5.3 Equipe de Saúde da Família.....	10
5.4 Renovação de receitas.....	11
5.5 Hiperdia.....	11
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	12
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Identificando o município, Ouro Branco é uma cidade com cerca de 35.475 habitantes (IBGE 2009), localizada a 100km da capital Belo Horizonte.

Atraídos pela existência de ouro, em fins do século XVII, ex-integrantes da bandeira de Borba Gato desbravaram a região da atual Ouro Branco. O bandeirante Miguel Garcia, lá encontrou ouro que tinha uma coloração esbranquiçada, ficando assim conhecido como "ouro branco".

Ouro Branco foi distrito de Ouro Preto, tornando-se município em 1953. Com uma área territorial de 261 km², a cidade teve um aumento significativo na sua população, devido ao crescente da atividade industrial no município, após a instalação da então empresa estatal Aço Minas Gerais S.A. em 1976, atual Gerdau Açominas S.A, que inaugurou o ciclo do aço. Desta forma, a cidade vive basicamente do ramo industrial, o que atrai trabalhadores de todo país. Apresenta um IDH de 0,764, ocupando a 1º posição no ranking das melhores cidades do estado de Minas Gerais. (Disponível em: http://www.ourobranco.mg.gov.br/Materia_especifica/6495/Historia-de-Ouro-Branco)

1.1 Diagnóstico situacional

Para podermos iniciar o projeto de intervenção, é necessário conhecer o perfil do município abordado. Dessa forma, dados demográficos e de saúde foram levantados para que seja estabelecido o diagnóstico situacional de Ouro Branco.

A tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo gênero e distribuição urbana e rural no ano de 2010, no município de Ouro branco.

Tabela 1 – População total, por gênero, rural/urbana em Ouro Branco - 2010

População	População – 2010	% da população
Pop. Total	35.268	100
Pop. masculina residente	17.577	49,84
Pop. feminina residente	17.691	50,16
Pop. urbana residente	31.609	89,63
Pop. rural residente	3.792	10,37

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2010)

A tabela 2 apresenta a distribuição da população segundo faixa etária no ano de 2010.

Tabela 2- Estrutura etária da população – Ouro Branco 2010

Idade	População	% da população
Menor de 15 anos	7.705	21,85
Entre 15 e 64 anos	25.889	73,41
Maior de 65 anos	1.674	4,75

Fonte: Pnud, Ipea e FJP(2010)

1.2 A Comunidade e a Equipe de Saúde da Família José Silas Coelho

A unidade básica de saúde, está localizada temporariamente no bairro Belvedere, na Rua Cerejeira número 20. A equipe abrange o atendimento dos bairros Amália Rodrigues, Bela Vista, Belvedere, Fazenda Pacheco e Vale do Engenho, totalizando uma população de 3.842 (SIAB, 2014).

A comunidade de baixa renda, composta por uma população carente e acolhedora. Na área contamos com igrejas, uma escola e creche. Serviços de água, luz e telefonia estão disponíveis e de fácil acesso, assim como em toda extensão do município.

O horário de trabalho de todos os profissionais é de segunda a sexta feira de 7h às 11h e das 13h às 17h, exceto as pediatras que estão na UBS segunda, terça e quinta feira, de 7h as 11h.

Contamos com uma área física pequena, porém bem dividida. São 03 salas para atendimento médico, 01 cozinha, 01 banheiro e 01 sala para medicação e curativos. Dentro da unidade são desenvolvidos os atendimentos médicos, da assistente social e fonoaudióloga, a qual realiza grupos de atendimentos semanais. Ainda são realizados curativos, retiradas de pontos, e distribuição de algumas medicações para hipertensão e diabetes mellitus.

A equipe é composta de forma multiprofissional, e possui o mínimo de profissionais exigidos pelo Ministério da Saúde. Atualmente composta por 01 médico da família, 01 pediatra, 01 enfermeira (gerente da UBS), 01 técnica de enfermagem e 06 agentes comunitários da saúde. Não contamos com os profissionais de saúde bucal.

Profissionais da equipe foram inseridos na equipe por processo seletivo, contrato de caráter temporário, contrato com tempo determinado por processo seletivo, contrato com caráter temporário.

De acordo com dados colhidos no portal de informação do SIAB (2014) a Equipe de Saúde José Silas Coelho, tinha cadastrada até o mês de julho de 2014, 337 pacientes hipertensos e 62 diabéticos. O número de alcoolismo seria de 42 pacientes, embora na rotina médica lidamos com uma porcentagem maior.

Atualmente, na UBS, temos um alto índice de renovação de receitas e baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos e diabéticos. A maioria não possui conhecimento sobre a doença e suas repercussões. Criou-se na comunidade um hábito de renovação de receitas sem consultas, muitas vezes estimulados até mesmo pelos agentes de saúde. A principal razão deste acontecimento é justificada muitas vezes pela falta de vagas para consultas e falta de orientação sobre os riscos da doença. O mau acompanhamento destes pacientes pode levar à agravos muitas vezes irreversíveis ocasionados pela cronicidade da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são doenças que a cada dia estão em maior evidência na população geral e se não abordados de maneira precoce e contínua podem levar a alterações fisiopatológicas graves e irreversíveis no organismo. Por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e, nefropatias. Na unidade básica de saúde José Silas Coelho, é observado que a população adscrita não possui entendimento das conseqüências destes agravos ao longo dos anos, tendo em vista que a maioria das pessoas não valorizam o acompanhamento médico durante o tratamento. Desta forma, lhes interessam apenas renovar receitas sem consultas e fazer uso da medicação sem controle. Alguns pacientes justificam a falta de adesão ao tratamento devido a dificuldade de agendamento de consulta médica e a indisponibilidade de remédios na UBS. Assim, um projeto de intervenção com o intuito de reunir estes pacientes, orientá-los e acompanhá-los de maneira contínua e permanente, iria reduzir de maneira significativa má adesão ao tratamento, uma vez que a falta de vagas para consulta médica e a falta de medicação na unidade não seriam mais justificativas para o baixo acompanhamento destes pacientes.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção sobre a implantação do grupo Hiperdia para aumentar adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos e diabéticos diminuir a transcrição de receitas, na comunidade José Silas Coelho.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação a metodologia e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação das ações em Saúde de autoria de CAMPOS; FARIA; SANTOS, M,(2010).

Inicialmente foi realizada uma estimativa rápida para identificar os principais problemas de saúde da área. Depois de identificados os problemas, foi necessário estabelecer as prioridades e aqueles problemas que deveriam apresentar uma resolução breve. Os nós críticos, ou seja, as causas foram pontuadas e partir destes foram desenhadas as operações a serem realizadas na comunidade, descritas as soluções e estratégias para enfrentamento do caso. O próximo passo visa levantar os recursos críticos e a viabilidade do plano. Para finalizar, a gestão do projeto, encontra-se em andamento.

Para desenvolvimento do projeto serão feitos um projeto de intervenção o qual será aplicado na unidade básica de saúde José Silas Coelho e uma revisão de literatura sobre o tema.

Descritores: Hipertensão arterial, diabetes mellitus, equipe de saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a principal causa de óbito no mundo, responsável por cerca de 7,6 milhões de mortes. Hoje tem representado isoladamente, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das doenças coronarianas e representa um gasto médio em hospitalizações de cerca de 400 milhões de dólares (BRASIL, 2006. VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De etiologia multifatorial, a hipertensão resulta de uma interação de fatores que em nível tecidual afetam o débito cardíaco, a resistência periférica ou ambos. Dentre esses pode ser citado a homeostase do sódio corporal total, fatores neurais e hormonais, substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras humorais além de fatores locais, como pH, hipóxia, e sistemas adrenérgicos alfa e beta (LOPES;SPIRI 2006).

Diagnosticada pelo achado de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e ou diastólica maior que 90 mmHg, é uma doença crônica, assintomática, que lesa, silenciosamente, os vasos sanguíneos, coração, cérebro e rins. Apesar das inequívocas provas científicas de que o tratamento pode impedir muitas das suas complicações, a hipertensão ainda é sub tratada ou deixa de ser tratada na maioria dos indivíduos acometidos – fato que ocorre em todos os países, inclusive aqueles com os mais avançados sistemas de assistência médica (GUYTON, 2006. CECIL, 2005).

A implementação de estratégias educacionais tem sido cada vez mais empregada na população hipertensa, principalmente no que se refere à orientação dietética. De acordo com Ministério da Saúde, a educação nutricional faz parte das intervenções não medicamentosas para a hipertensão e devem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2001).

5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes mellitus caracteriza-se por um quadro de hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina ou em sua ação. É uma doença bastante comum

em nossa população e acomete cerca de 7,6% da população com idade entre 30 e 69 anos (GROSS; SILVEIRO; CAMARGO, 2002).

O pré diabetes, ou a intolerância à glicose atinge 12% dos adultos e 50% das pessoas portadoras de diabetes desconhecem o diagnóstico (GROSS; SILVEIRO; CAMARGO, 2002). Depois de estabelecida a doença, a mesma manifesta-se inicialmente com um quadro de poliúria, polidipsia, perda ponderal, polifagia e algumas manifestações visuais. Muitos indivíduos, principalmente paciente portadores do diabetes tipo 1, apresentam como primeiros sintomas complicações agudas: cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico, que representam risco de vida caso não sejam abordados precocemente.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014), os critérios diagnósticos para diabetes mellitus são: hemoglobina glicada maior ou igual a 6.5%, e/ou glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, e/ou glicemia 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose maior ou igual 200 mg/dL, e/ou glicemia ao acaso maior ou igual a 200 mg/dL. As mudanças no estilo de vida, como prática regular de exercício físico e dieta balanceada representam papel decisivo na prevenção do diabetes assim como na melhor eficácia do tratamento (GROSS; SILVEIRO; CAMARGO, 2002). Outro ponto importante a ser ressaltado acerca do diagnóstico e tratamento, se os mesmos forem iniciados precocemente permite retardar o aparecimento das complicações crônicas e melhorarem a sobrevida dos pacientes.

5.3 Equipe de Saúde da Família

De acordo com o Ministério da Saúde (Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>), a Equipe de Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional que possui no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Pode-se ainda acrescentar a esta composição os profissionais da saúde bucal.

A principal função do ESF é a inclusão da família como parte do processo saúde-doença e buscar desenvolvimento de ações de promoção à saúde, curativas e reabilitação. A estratégia propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde nos diversos níveis de assistência, de forma a responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado integral. Outro ponto importante é humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio de uma relação próxima dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania, de forma com o indivíduo seja abordado de maneira a contemplar o biopsicossocial (OLIVEIRA;SPIRI, 2006).

5.4 Renovação de receitas

O Código de Ética Médica (2009/2010) não apóia o médico que prescreve sem examinar o paciente. No seu conteúdo, aborda que o médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais. No artigo 37 alega que é vedado ao médico: “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o procedimento.” Ainda no capítulo 10, artigo 80 aborda que: “é vedado ao médico expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.”

5.5 Hiperdia

No ano de 2002, foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, o qual foi chamado Hiperdia. Este plano tem como objetivo acompanhar os pacientes portadores dessas doenças de maneira constante e controle positivo, de forma que estes agravos sejam atacados a fundo, e a partir daí estabelecer metas e objetivos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012). Segundo o Ministério da saúde (o programa destina-se ao cadastramento do pacientes atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde, o que permite gerar informação para

aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular a todos cadastrados. Este sistema gera informações fundamentais para os gestores locais e para o ministério da saúde, desta forma melhorando o fluxo e canalizando a demanda à aqueles que necessitam.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Primeiro passo: Identificação dos problemas

Os problemas observados no município são: a falta de referência e contra referência nas especialidades, falta de estrutura nas unidade básicas de saúde para um bom acolhimento. A interferência dos médicos da família nestes aspectos fica inviável. Por outro lado, podemos listar dentro da unidade básica de saúde a qual atuou os seguintes problemas: baixa adesão a realização de coleta de material para citologia do colo uterino, renovação de receitas sem consulta médica, com conseqüente perda da seqüência do tratamento para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, falta de capacitação da equipe para realização de acolhimento e triagem correta e uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos.

Segundo passo: priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, tornou-se necessário a priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos.

Para priorizar quais serão enfrentados primeiramente foi realizado a construção da planilha abaixo, em que os problemas identificado foram analisados e selecionados quanto á prioridade, segundo critérios. São estes: Importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Unidade Básica de Saúde José Silas Coelho em 2014.

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Urgência	Seleção
Baixa adesão a realização de preventivo	Alta	Parcial	4 4	4 4
Renovação de receitas para HAS e DM sem consulta – baixa adesão ao tratamento	Alta	Total	7	1
Falta de capacitação da	Alta	Parcial		

equipe para realização de acolhimento e triagem			4	3
Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	Parcial	6	2

Fonte: UBS José Silas Coelho

Terceiro passo: Descrição do problema

A população total inserida na unidade básica de saúde José Silas Coelho, corresponde a 3.842 pessoas (dados não atualizados devido mudança do sistema de alimentação de dados no município e treinamento tardio dos profissionais), destas 9% são hipertensos e 2% diabéticos. Embora não represente uma taxa elevada, esses pacientes correspondem ao maior número de renovação de receitas no dia a dia. O que leva a tornar este fato um problema a ser trabalhado, é a falta de adesão ao acompanhamento médico e o hábito de apenas deixar receitas antigas para serem renovadas pelo médico. Este fato pode levar a grandes conseqüências, pois são doenças crônicas e que merecem um olhar ativo e próximo ao paciente para evitar complicações. Os pacientes muitas vezes não têm consciência dessa evolução e não respeitam a sequência do tratamento. A falta de compromisso pode ser apontada como um problema cultural e muitas vezes pelos agentes de saúde, que não fazem uma busca ativa destes pacientes.

Quarto passo: Explicação do problema

Na unidade básica atualmente não temos o trabalho do Hiperdia, que antigamente era desenvolvido com pacientes diabéticos e hipertensos, no intuito de renovar receitas, orientar sobre a doença e atuar ativamente na comorbidade. Muitos pacientes não têm consciência sobre a doença e suas repercussões. Criou-se na comunidade um hábito de renovação de receitas sem consultas, muitas vezes estimulados até mesmo pelos agentes de saúde. Desta forma, os pacientes deixam os pedidos de renovação na recepção da UBS e retornam para buscar as receitas, não importando sobre a necessidade de exames de rotina e a propedêutica correta das doenças crônicas.

A principal razão deste acontecimento é justificada muitas vezes pela falta de vagas para consultas e falta de orientação sobre os riscos da doença. A indisponibilidade de medicamentos dentro da unidade também representa um fator crítico

O Hiperdia foi criado em 2002 como um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, com o objetivo de um acompanhamento constante dos usuários hipertensos e diabéticos. Visa estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias no âmbito da atenção primária à saúde.

Quinto passo: identificação dos nós críticos

Desta forma podemos apontar como nós críticos: falta de conhecimento da doença e suas conseqüências pelos pacientes, escassez de vagas para consulta médica, indisponibilidade de medicamentos na UBS, hábito cultural de renovar receita indiscriminadamente sem consultas, baixa adesão ao tratamento anti hipertensivo

Sexto passo: desenho das operações

Nesta etapa foram pensadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Os nós críticos são as causas anteriormente citadas, a partir destes foram projetadas operações para enfrentamento dos mesmos, assim como os resultados esperados, produtos e os recursos necessários para a execução.

Segue abaixo o quadro que descreve o início da elaboração do plano de ação.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS José Silas Coelho-2014

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de conhecimento da doença e	Viver bem -Aumentar o nível	População mais informada sobre os riscos e	*Grupo operativo sobre hipertensão arterial e diabetes	*Organizacional: local para realização da

suas conseqüências	de informação dos usuários sobre os riscos da hipertensão arterial e diabetes mellitus	conseqüências das doenças	mellitus *Folhetos informativos *Capacitação da equipe para o trabalho	atividade *Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema *Político: articular a prefeitura para apoiar o movimento *Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos
Falta de vaga para consulta médica	Mais atendimento - Otimizar o número de consultas médicas destinadas a hipertensos e diabéticos	Maior comparecimento dos pacientes às consultas	*Contratação de mais um médico da família para a UBS	*Organizacional: organizar agenda, espaço para atuação do novo médico *Cognitivo: domínio sobre a patologia e facilidade de convencimento do paciente *Político: mobilização da prefeitura para necessidade de médico; decisão de recursos para disponibilizar o serviço

				*Financeiro: verba para pagamento do novo médico
Indisponibilidade de medicamentos na UBS	Mais farmácia - empenhar na aquisição e disponibilidade de medicamentos na UBS	Medicamentos disponíveis para a população.	*Aquisição de medicamentos para a UBS	*Organizacional: local para distribuição da medicamentos /farmácia; técnico de enfermagem para liberação da medicação ou farmacêutico *Político: decisão de recursos para disponibilizar o serviço *Financeiro: verba para disponibilizar maior quantidade de medicação na UBS e construção do espaço da farmácia
Renovação de receita sem consulta	Dia D Estimular o comparecimento dos pacientes na UBS. Agendar previamente as	Não renovar receitas sem consulta médica. Hiperdia implantado	*Hiperdia – Acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos e controle positivo	*Organizacional: programar dia da semana para realização da atividade; mobilizar ACS e enfermagem *Cognitivo: preparar a equipe sobre as

	consultas Implantar o Hiperdia			ações a serem realizadas no dia; conhecimento sobre o assunto.
--	--------------------------------------	--	--	--

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus

Operação/projeto	
<i>Viver bem</i>	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos
<i>Mais atendimento</i>	Financeiro: verba para pagamento do novo médico Político: decisão de recursos para disponibilizar o serviço
Mais Farmácia	Financeiro: financiar projeto Político: decisão de recursos para disponibilizar o serviço
Dia D	Não

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Nesta etapa foram identificados os componentes chave que irão controlar os recursos críticos, e feita a análise de um possível posicionamento em relação ao problema, e a partir daí definidas

Quadro 4 – Propostas de ações para motivação dos participantes.

Operações/projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Vive bem	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos	Secretário de saúde	Favorável	Apresentar o projeto ao controlador
Mais atendimento	Financeiro: verba para contratação do novo médico Político: decisão de recursos para disponibilizar o serviço	Secretário de saúde Prefeito	Contrária	Apresentar o projeto aos controladores
Mais farmácia	Financeiro: financiar projeto Político: decisão de recursos para disponibilizar o serviço	Secretário de saúde Prefeito	Favorável	Apresentar o projeto aos controladores Mobilizar a população adscrita

Nono passo: elaboração do plano operativo

Nesta etapa foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações.

Quadro 5 – Plano operativo.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Viver bem	População mais informada sobre os riscos e conseqüências das doenças	Apresentar projeto a coordenação da atenção básica de saúde	Gisele ACS- Miriam, Aparecida	Apresentar o projeto em 1 mês a 3 meses para inicio da atividade. Duração de 6 meses a 1 ano
Mais atendimento	Maior comparecimento dos pacientes às consultas	Apresentar o projeto ao secretário de saúde	Claudilene	Apresentar o projeto em 1 mês. Aguardar aprovação e contratação imediata
Mais farmácia	Aumento da adesão ao tratamento.	Apresentar o projeto ao secretário de saúde	Claudilene Marianne	Apresentar o projeto em 2 meses a 4 meses.
Dia D	Eliminação da renovação de receitas sem consulta médica	Apresentar o projeto à gerência da UBS	Marianne	Apresentar o projeto em 1 a 2 meses. Inicio das atividades após aprovação

Décimo passo: Gestão do plano

O Quadro a seguir sintetiza a situação do plano de ação da Unidade Básica de Saúde José Silas Coelho.

Quadro 6- Planilha de acompanhamento de projetos.

Projeto: Viver bem					
Coordenação: Gisele					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupo operativo	Claudilene	Outubro de 2014	Não executado	Indisponibilidade de horário e dos profissionais	Fevereiro de 2015
Folhetos informativos	Acs Miriam e Aparecida	Outubro de 2014	Não executado	Falta de financiamento	Fevereiro de 2015
Capacitação da equipe de trabalho	Marianne	Outubro de 2014	Em atraso	Indisponibilidade dos profissionais	Fevereiro de 2015

Projeto: Mais atendimento					
Coordenação: Marianne					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Contratação de mais um médico da família para UBS	Claudilene	Apresentar o projeto em 1 mês (setembro de 2014)	Em andamento. Projeto apresentado a coordenação do PSF	Município aguarda melhoria financeira para contratação	Março de 2015

Projeto: Mais farmácia					
Coordenação: Claudilene					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aquisição de medicação para UBS	Claudilene	Novembro de 2014	Em andamento. Já possuímos na UBS alguns medicamentos	Falta de estruturação da UBS e capacitação de	Fevereiro de 2015

			para hipertensão arterial e diabetes mellitus	profissional para distribuição	
--	--	--	---	--------------------------------	--

Projeto: Dia D					
Coordenação: Marianne					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Hiperdia- acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos e controle positivo	Marianne	Março de 2015	Em andamento	Organização da UBS após mudança.	Não aplica

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho podemos entender que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são doenças crônicas e controláveis, desde que abordadas precocemente e com sua devida continuidade. Mudanças no estilo de vida, alterações dietéticas e uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, são fatores essenciais para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores dessas doenças.

Apesar da gravidade e das conseqüências muitas vezes irreversíveis, muitos pacientes não possuem entendimento da importância de um bom acompanhamento médico.

Embora ainda não completamente implantado na unidade básica de saúde, o projeto de intervenção terá bons frutos desde que seja implementado de forma multidisciplinar. A população necessita de maior compreensão sobre as conseqüências a longo prazo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, para que a maneira a qual enfrentam o problema seja com seriedade.

Entendemos assim, que o bom seguimento envolve uma relação médico-paciente confiável, além de uma abordagem biopsicossocial pela equipe de saúde da família, a qual exerce papel fundamental na promoção e prevenção da saúde destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização Da Atenção À Hipertensão Arterial E Ao Diabetes Mellitus**. Brasília: MS; 2001

CAMPOS, F.C.C ; FARIA, H.P; SANTOS, M, **A. Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CECIL.**Tratado de Medicina Interna**. 22 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005

Código de Ética Médica, 2009/2010. Último acesso em: 27/01/2015. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122

Diagnóstico situacional em saúde. Último acesso em 27/07/2014. Disponível em: https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32312/mod_scorm/content/8/Diagnostico_situacional_em_saude.pdf

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, p. 2-9, São Paulo, 2014.

Equipe de Saúde da Família. Último acesso em: 26/01/2015. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf.

GROSS, T.L; SILVEIRO, S.P, CAMARGO, J.L. Diabetes Melito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab** v.46 n.1.São Paulo,2002.

História de Ouro Branco. Último acesso em: 27/07/2014. Disponível em: http://www.ourobranco.mg.gov.br/Materia_especifica/6495/Historia-de-Ouro-Branco

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 2.ed. Roca. São Paulo, 2009, p.712-726

OLIVEIRA, E.M; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**;40(4):727-33, 2006.

SIAB- **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Último acesso: 23/07/2014. Disponível em: siab.datasus.gov.br/

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hiperten**. 2010;17(1):1-69.