

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZACAO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ROBERTO GUILLERMO PEREZ AGUILAR

BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA COMUNIDADE DE MERCÊS DE ÁGUA LIMPA - MG

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

ROBERTO GUILLERMO PEREZ AGUILAR

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA COMUNIDADE DE MERCÊS DE ÁGUA LIMPA - MG**

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

Orientador: Prof. M.Sc. Haliton Alves de
Oliveira Junior

JUIZ DE FORA - MG

2016

ROBERTO GUILLERMO PEREZ AGUILAR

**BAIXA ADEÇÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA COMUNIDADE DE MERCÊS DE ÁGUA LIMPA - MG**

Banca examinadora.

Examinador 1: Haliton Alves de Oliveira Junior

Examinador 2: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de março de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas que atingem um grande número de pessoas em todo o mundo, sendo importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O objetivo principal deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade Mercês de Água Limpa, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão minuciosa da literatura com levantamento de dados com idéias e teorias pertinentes ao tema e elaborado plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional. O trabalho permitiu conhecer os fatores que dificultam a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de saúde estudada: estilos de vida inadequados, baixo nível de informação, processo de trabalho mal organizado, fatores emocionais, abandono da família. O plano de ação foi elaborado explicando cada uma das suas etapas e espera-se que a partir dele os pacientes tenham uma melhor adesão ao tratamento. Cabe aos profissionais de saúde compreender a complexidade do controle dos pacientes hipertensos e diabéticos e refletir sobre as ações e estratégias necessárias para minimizar esse problema.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Saúde da família. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are chronic diseases that affect a large number of people worldwide, being important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and kidney diseases. The main objective of this work was to draw up a contingency plan to improve adherence to treatment of hypertensive and diabetic patients from Mercês de Água Limpa, Minas Gerais. It was conducted through a literature review with data collection with ideas and theories relevant to the theme and it was prepared an action plan based on Situational Strategic Planning. The work has allowed knowing the factors that hinder the low treatment adherence of hypertensive patients and diabetics in the health region studied: inappropriate lifestyles, low level of information, bad organized work process, emotional factors, family abandonment. The action plan was prepared explaining each of its stages. It is expected that the action plan could promote a better adherence to the treatment. It is up to health professionals understand the complexity of the control of hypertensive and diabetic patients and reflect about the actions and strategies required to minimize this problem.

Key words: Hypertension, Diabetes Mellitus, Family Health, treatment adherence.

LISTA DE SIGLAS

BRA II- Bloqueadores do receptor da Angiotensina

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM- Diabetes Mellitus

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IECA- Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

PA - Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PES- Planejamento Estratégico Situacional

SIAB- Sistema de Informação Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária e área.	12
Tabela 2: Doenças crônicas mais comuns.....	16
Tabela 3: Longevidade, Mortalidade e Fecundidade.....	16
Tabela 4: Abastecimento de água no município.....	17
Tabela 5: Tratamento da água dos domicílios.....	17
Tabela 6: Destino das fezes e urina nos domicílios.	18
Tabela 7: Destino do lixo residencial.....	18

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:Priorização dos problemas de saúde na UBS de Capelinha.	34
Quadro 2:Descritores do problema a baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos em Mercês de Água Limpa. MG.	35
Quadro 3:Desenho de operações para os “nós” críticos do problema baixa adesão das pessoas com DCNT aos programas de controle.	37
Quadro 4:Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema adesão diminuída das pessoas com DCNT.	39
Quadro 5:Propostas de ações para a motivação dos atores.....	40
Quadro 6:Plano Operativo.....	41
Quadro 7:Gestão do plano.	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivo Específico	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DA LITERATURA	25
5.1 Diagnóstico	25
5.2 Classificação	26
5.3 Fatores de risco	26
5.4- Medida da pressão arterial	27
5.5 Tratamento da HAS	27
5.6 Diabetes Mellitus	30
6 RESULTADOS	33
6.1 Desenvolvimento do Plano de Ação	33
7 DISCUSSÃO	47
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

Mercês de Água Limpa, também conhecida por Capelinha, é um distrito do município de São Tiago. O início da comunidade, às margens do ribeirão de Água Limpa, se deve a um importante fazendeiro da região, o Barão de Coqueiros. Ele construiu, por volta de 1850, uma pequena capela na localidade, onde atualmente está edificada a matriz de Nossa Senhora das Mercês (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Não há documentação precisa, nem a tradição local guardou o nome dos primeiros brancos a se fixarem na região, nem mesmo a data em que o fato se tenha verificado. Sabe-se que, em 1708, foi descoberto ouro no local já então denominado Vargem Alegre e na Fazenda Gamelas. Outro fato que a tradição local afirma é ter sido construída uma capela nessa propriedade antes de 1760 e que, neste ano, foi doado ao patrimônio dessa capela já existente uma nesga de terreno que hoje é logradouro público, na sede do município (IBGE, 2014).

De qualquer maneira, em 1820 já era ali construída a Igreja do Rosário e há um documento eclesiástico anexando as igrejas do distrito de São Tiago à freguesia de São João Del Rei, hoje Tiradentes, em 1849. A paróquia foi fundada por Dom Viçoso em 1855, sendo o primeiro vigário o Pe. Francisco Antônio Pereira (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

A área total da comunidade é aproximadamente 250 metros quadrados e a população total aproximada é de 4000 pessoas, 3000 na sede da comunidade e 1000 na zona rural, distribuídas em 868 famílias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

O distrito está localizado na região campos das vertentes, distante 200 km da Capital Belo Horizonte, com uma altitude de aproximadamente 1.020 metros.

Essa comunidade é limitada ao norte pelo município Bom Sucesso, nordeste de Nazareno e sul do próprio município São Tiago. Adjacente a este, existem duas comunidades rurais atendidas pela unidade de saúde, Germinal e Cajengá, que estão localizadas ao nordeste da cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

No município não existem favelas, mas existe um número considerável de moradias em condições precárias, acarretando em alguns casos, condições subumanas de vida para seus moradores. Pode-se constatar também, em muitas moradias e respectivos moradores, um elevado nível de desleixo com a higiene e cuidados pessoais, que podem estar ou não associados à insuficiência de condições sócio-econômicas, culturais e educacionais, bem como a superpopulação por moradia.

A unidade básica Cidadão Saudável do distrito estudado, tem uma equipe formada por cinco agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista com auxiliar e um médico.

Atualmente, a economia está baseada na agricultura e pecuária. Na agricultura o destaque são as lavouras de café, milho e mandioca. Na pecuária, o município destaca-se como grande produtor de leite, com um considerável rebanho leiteiro e ainda gado para corte. Extraem-se também minérios de ferro, tantalita, cassiterita e manganês.

Aproximadamente 75% da população economicamente ativa recebem até dois salários mínimos mensais. O maior número de mulheres realiza atividades domésticas e ficam em casa quase todo o dia.

Cabe ressaltar que a maioria da população trabalhadora faz parte do mercado informal, sendo que, muitos destes trabalhadores não chegam a receber um salário mínimo mensal. As atividades predominantes são as dos trabalhadores fabricantes de biscoitos, diaristas, lavradores e trabalhadores do comércio em geral. Aproximadamente um número de 7 famílias vivem em condições abaixo da linha de pobreza.

O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes na área rural é 306,00 reais e o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes na área urbana é de 425,00 reais. O índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,662 (IBGE, 2014).

Os principais aspectos demográficos são apresentados nas tabelas 1, 2 e 3

Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária e área, Capelinha. 2014.

Faixa etária	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 e +	Total
Nº de Indivíduos	86	121	189	293	647	987	1034	643			4000
Área Urbana	67	84	99	211	505	700	824	510			3000
Área Rural	19	37	90	82	142	287	210	133			1000

Fonte: dados da unidade de saúde. 2014

Em Capelinha a população residente é composta por 2243 homens e 1757 mulheres. A taxa de crescimento anual é de 83 %. O povoado conta com uma densidade demográfica de 9,22 habitantes/Km².

No setor de educação, o município conta com quatro escolas de ensino fundamental e médio, sendo duas na sede do município, uma na comunidade rural de Cajengá e uma na zona rural de Germinal. Os cursos oferecidos no município são: pré-escolar, ensino fundamental e ensino médio. Um baixo percentual dos alunos estuda fora da comunidade. O número de maiores de 15 anos alfabetizados no município é de 1550 pessoas, aproximadamente, (38.7%).

A proporção de crianças e jovens freqüentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município. No período de 2010 a 2013, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 8,86%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 40,13% entre 2010 e 2013. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental

completo cresceu 28,86% no período de 2010 a 2013 e a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 22,04%.

A população em geral tem baixo nível de alfabetização, com poucas opções de lazer, o que favorece um alto consumo de álcool como um meio de distração. Um grande número de pessoas pratica a religião e frequenta a igreja regularmente.

O processo de trabalho é desenvolvido tendo em conta a demanda espontânea e as condições crônicas em base aos princípios do SUS; integralidade, universalidade, equidade e participação da população. Em média, são atendidos 20 pacientes diariamente, tanto da demanda espontânea quanto a demanda planejada. A equipe trabalha 8 horas diárias, de segunda a sexta feira, sendo que o médico tem uma carga horária de 32 horas semanais e 8 horas para o ensino. A classificação dos pacientes é realizada sem problemas através do trabalho em equipe. São feitas atividades planejadas para a demanda programada como trabalho com grupos e visitas domiciliares, onde são priorizadas a prevenção e a promoção em saúde. Os agentes de saúde comunitários realizam suas funções periodicamente fazendo atividades educativas e acompanhando aos pacientes das suas microáreas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que atinge um grande número de pessoas em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde apontam que a hipertensão arterial é diagnosticada em cerca de 33 milhões de brasileiros (Brasil, 2004). Ainda, de acordo com o órgão, a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Já estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão mostram que a hipertensão arterial é responsável por 80% dos derrames, 40% dos infartos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010).

A hipertensão arterial é elevada nos obesos (entre 20% e 40%), diabéticos (30% a 60%), nos negros (entre 20% e 30%) e nos idosos (30% a 50%). A maioria dos indivíduos (95%) tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária, que apresenta uma causa bem definida (AMODEO, 2010).

O Diabetes Mellitus é uma das mais importantes doenças do sistema endócrino, atingindo vários milhões de pessoas em todo mundo. O termo cobre um amplo espectro de mal-estar, desde o indivíduo mais idoso assintomático com discreta intolerância à glicose, até o paciente jovem dependente da insulina exógena. É uma síndrome geralmente crônica caracterizada por microangiopatia difusa comprometendo tecidos vitais e órgãos como os rins, além de gerar aterosclerose prematura dos grandes vasos (BANDEIRA, 2003), derivadas das complicações vasculares decorrentes desta doença.

O paciente pode apresentar retinopatia, impotência sexual, nefropatia, pé diabético que é uma das principais causas de amputação primária em membros inferiores no Brasil (CHACON, et al, 2007). O Diabetes Mellitus é um grupo de síndromes caracterizadas por alterações glicêmicas e no metabolismo das biomoléculas, cujo maior risco para a saúde do paciente são as doenças vasculares (BRASIL, 2004). Segundo a AMERICAN DIABETES ASSOCIATION CLINICAL PRACTICE (2004), o estilo de vida sedentário e a alimentação não balanceada, associados ao excesso de peso, são fatores de risco para o desenvolvimento da forma mais comum de Diabetes Mellitus, a tipo 2.

Segundo Siab (2014) as principais doenças na comunidade de Mercês de Água Limpa são distribuídas da seguinte forma: 625 têm o diagnóstico de hipertensão arterial (15,6%), os diabéticos são 96 o que representa 2,4% do total da população, 58 têm cardiopatia isquêmica (1,4%) e 36 são asmáticos (0,9%). Determinou-se que a maior parte desses pacientes utiliza farmacoterapia, mas alguns não respondem adequadamente.

Uma elevada percentagem das pessoas tem transtornos no metabolismo dos lipídios, sendo muito frequente a dislipidemia mista, favorecida pelos maus hábitos alimentares e a obesidade.

Um total de 643 pessoas tem idade acima dos 60 anos, faixa etária onde existe o maior número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, portanto, o maior índice de morbidade e mortalidade.

Estima-se que um total de 424 mulheres não fez adequado planejamento familiar devido ao baixo conhecimento dos métodos de contracepção, favorecendo o aparecimento frequente de gravidez precoce na adolescência. A unidade atende 11 grávidas, apenas 6 delas fazem o pré-natal, o resto é feito em outras unidades fora desta comunidade, causando dificuldades para o controle adequado da grávida. Até agora se constatou 16 crianças menores de um ano e 86 entre um e cinco anos, faixas etárias onde não existem DCNT, no entanto, podem ter riscos de acidentes por idade e doenças infecciosas.

Uma elevada percentagem da população tem problemas de saúde mental e é muito comum a ansiedade, depressão e estresse, com alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

São frequentes doenças infecciosas, principalmente respiratórias por fatores ambientais, tais como as variações climáticas e a presença de poeira abundante, porque todos os caminhos são de terra. Distúrbios digestivos aparecem em menor quantidade, sendo principal as diarreias agudas em crianças, por maus hábitos alimentares.

As principais causas de morte são as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo que muitas das disfunções ocorrem nos domicílios das pessoas (Secretaria Municipal de Saúde, 2014).

Os pacientes que precisam ser atendidos em outros centros de saúde são encaminhados para os níveis de atenção superiores (São Tiago, São João Del rei ou Belo Horizonte), sendo muitas vezes dificultado o acompanhamento posterior dos usuários porque eles não retornam em tempo á consulta.

Tabela 2: Doenças crônicas mais comuns. Capelinha. 2014.

Doença	No.	%
HAS	625	15,6
Diabetes Mellitus	96	2,4
Cardiopatia isquêmica.	58	1,4
Asma Brônquica.	36	0,9
Epilepsia	9	0,2
Total	824	20,5

Fonte: dados da unidade de saúde.

Tabela 3: Longevidade, Mortalidade e Fecundidade – Capelinha - São Tiago – MG

Esperança de vida ao nascer (em anos)	74,5
Mortalidade até um ano de idade (por mil nascidos vivos)	16,1
Mortalidade até cinco anos de idade (por mil nascidos vivos)	18,8
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,0

Fonte: dados da secretaria municipal de saúde.

Do ponto de vista ambiental a vegetação é basicamente formada de terrenos argilosos e arenosos (latossolos vermelhos, amarelos e vermelho-amarelos) sendo cobertos por vegetação campestre e florestas, subdivididas em cerrados, florestas estacionais semi-decíduais em estágios de regeneração, e também por pastagens, tanto as naturais (campos) quanto as formadas. Destacamos ainda diversas culturas, tanto perenes quanto de épocas, bem como grande índice de floresta plantada, principalmente com eucalipto, que já se destaca como grande fonte de energia no município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Na hidrografia destaca-se o Rio da Morte, além de inúmeros córregos de pequenas dimensões e várias nascentes e reservatórios naturais e artificiais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

A coleta de lixo é efetuada pela Prefeitura Municipal de São Tiago, na sede e no distrito, e atualmente é depositado em local próximo à cidade, num aterro sanitário. Porém já está em processo de finalização a construção da Usina de Reciclagem e Compostagem de Lixo de São Tiago, num trabalho da Prefeitura Municipal. O clima é tropical, ameno e a temperatura média anual é de aproximadamente 19° C. A precipitação pluviométrica de 1.100 a 1.200 mm. O esgoto líquido é vertido regularmente numa região perto da comunidade, que também pode causar poluição ambiental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

São colocados abaixo, nas tabelas 4, 5, 6 e 7, dados importantes sobre a água, esgoto e energia em Capelinha:

Tabela 4: Abastecimento de água no município.

Tipo	Quantidade	%
Rede pública	1343	40,6
Poço, cisterna e nascente	307	9,2
outros	03	09

Fonte: SIAB- Sistema de Informação de atenção Básica. 2014

Tabela 5: Tratamento da água dos domicílios.

Tipo	Quantidade	%
Filtração	1606	48,55
Fervura	05	0,15
Cloração	01	0,03
Sem tratamento	41	1,25

Fonte; SIAB. 2014

Tabela 6: Destino das fezes e urina nos domicílios.

Tipo	Quantidade	%
Sistema de esgoto	1050	31,32
Fossa	573	17,32
Céu aberto	30	0,91

Fonte: SIAB. 2014

Tabela 7: Destino do lixo residencial.

Tipo	Quantidade	%
Coleta pública	1340	40,51
Queimado-Enterrado	286	8,66
Céu aberto	27	0,81

Fonte: SIAB. 2014

Nesta comunidade todas as famílias têm acesso à energia elétrica e acesso à internet, embora não seja de boa qualidade. Só temos um banco, SICCOB, na sede da comunidade e uma agência dos correios. No distrito há duas igrejas.

A unidade básica de saúde (UBS) é localizada num extremo da cidade, com bom acesso, foi reconstruída para brindar melhor atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde. Tem boa estrutura física com três áreas de consulta, sala de acolhimento, área para triagem e farmácia com vários lotes de medicamentos, além de consultório odontológico, sala de observação, área de esterilização, entre outros. A UBS brinda cobertura a toda nossa população. As principais atividades que a equipe realiza são as seguintes:

-Acolhimento

-Acolhimento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura).

-Consultas de medicina.

-Consultas e tratamentos de odontologia.

-Enfermagem.

- Curativos.
- Exames preventivos (câncer de colo de útero).
- Grupos de educação em saúde.
- Imunização.
- Nebulização.
- Suturas.

Para o diagnóstico situacional de saúde na UBS Cidadão Saudável, de Mercês de Água Limpa, a equipe fez uma reunião para determinar os principais problemas de saúde da nossa área de abrangência e, posteriormente, uma análise coletiva. A partir do diagnóstico situacional e dos dados presentes nas fichas de atendimento individual da UBS, foram estabelecidos vários problemas que se relatam a seguir.

- Pouca adesão dos pacientes com DCNT aos programas de controle.
- Hábitos alimentares inadequados da população em geral.
- Alto consumo de álcool, cigarro e outras drogas.
- Alta percentagem de pessoas com transtornos da saúde mental.
- Muitas pessoas com transtornos no metabolismo dos lipídeos.
- Alta prevalência de pessoas com obesidade.
- Presença de fatores que favorecem a poluição ambiental.

Uma vez identificados os problemas foram priorizados os mais importantes por meio de uma matriz criada ao efeito, com pontos de um até 10 para cada um deles, avaliando a importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento, sendo priorizada a baixa adesão ao tratamento dos pacientes com DCNT, os maus hábitos alimentares da população e os transtornos da saúde mental. Deles a equipe determinou trabalhar com o primeiro para dar resposta a esta atividade.

Na comunidade tem muitas pessoas com DCNT, sendo as mais frequentes a HAS e o Diabetes Mellitus. Os pacientes não cumprem com as atividades planejadas pela equipe de saúde, são negligentes em relação aos exames de controle e infrequentes as consultas periódicas. Seus costumes e estilos de vida não mudam apesar das atividades educativas feitas. Muitos deles apenas cumprem com o tratamento farmacológico.

As principais consequências do problema prioritário são o descontrole das suas doenças, alta demanda da consulta espontânea, uma qualidade de vida ruim, alta dependência do tratamento farmacológico e uma mortalidade maior nestes pacientes. Entre as causas mais importantes responsáveis deste problema temos a pouca cultura geral das pessoas, a falta de metodologia dos profissionais da saúde para transmitir conhecimentos aos usuários (nível de informação), a pouca realização de atividades educativas com os pacientes e a pouca persistência dos agentes comunitários de saúde (processo de trabalho) nas atividades de promoção e prevenção em saúde.

A equipe de saúde fez um plano de ação para cada um dos nós críticos identificados. A escolha dos nós críticos foi feita levando em consideração o impacto das causas sobre o descritor do problema e a capacidade do grupo de agir sobre as causas.

2 JUSTIFICATIVA

Na comunidade Mercês de Água Limpa, a HAS e o DM são as DCNT mais frequentes. Muitas pessoas que padecem destas doenças têm pouco controle e devido a isso apresentam agravamento agudo e complicações cardiovasculares e cerebrovasculares graves como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidentes Vasculares Encefálicos, as quais podem ser evitáveis. Isso leva a uma sobrecarga no processo de trabalho, enquanto aumenta o número de pacientes atendidos na demanda espontânea, e produz um aumento da morbimortalidade dessas pessoas.

Nas consultas, a equipe de saúde encontra evidências da falta de adesão ao tratamento dos pacientes, resistência às mudanças de hábitos e estilos de vida, assim como o uso inadequado do tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos hipertensos e diabéticos da UBS Cidadão Saudável, São Tiago. MG.

[H01] Comentário: É isso mesmo Roberto? Se sim, desconsidere!

3.2 Objetivo Específico

Identificar os fatores determinantes da pouca adesão dos pacientes com DCNT ao tratamento na área de abrangência da UBS do distrito Mercês de Água Limpa.

4 METODOLOGIA

Foi realizado plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), que a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando co-responsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a elaboração do plano de ação foi utilizado o PES, realizou-se uma análise descritiva das publicações sobre o tema estudado, dando explicação a cada um dos momentos do plano. Os problemas foram selecionados pela equipe de saúde utilizando a chuva de idéias, em seguida foram priorizados dando pontos de 1 até 10 a cada um deles, priorizando os de maior pontuação.

Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional” aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.
- Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.
- Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados os modelos de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano (Matus, 1989).

Foi realizada uma revisão bibliográfica para interpretar e avaliar as características fundamentais das DCNT, com relação à sistematização de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos. Este trabalho subsidiou a proposta de implantação do protocolo de atendimento aos pacientes com HAS e DM da equipe do Centro de Saúde Cidadão saudável de Mercês de Água Limpa. Além disso, foram revisados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do HIPERDIA e dos prontuários e fichas presentes no PSF.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo. É considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, justificando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência. Segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de pressão arterial acima de 140/90mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores (SERRANO et al, 2008).

5.1 Diagnóstico

O diagnóstico é obtido após várias medidas elevadas e sustentadas da PA, em situações distintas. Essas medidas devem obedecer a critérios técnicos como o preparo adequado do paciente, o uso de técnicas padronizadas e equipamentos devidamente calibrados, atentando para as características como idade, obesidade, gestação dentre outros. O que define o diagnóstico de HAS, são os valores pressóricos correspondentes a PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, que devem ser confirmados em pelo menos três situações distintas, sempre em condições técnicas apropriadas (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

5.2 Classificação

A HAS pode ser classificada em estágios, de acordo com os valores pressóricos, sendo considerado estágio I quando a PAS encontra-se entre 140 e 159 mmHg e a PAD entre 90 e 99 mmHg, estágio II PAS entre 160 e 179 mmHg e PAD entre 100 e 109 mmHg e estágio III com PAS maior ou igual a 180 mmHg e PAD maior ou igual a 110 mmHg. Quando a PAS atinge valores maior ou igual a 140 mmHg e a PAD permanece com valores menores a 90 mmHg, considera-se como hipertensão sistólica isolada. Pode ocorrer situações em que o usuário apresenta valores normais de PA no consultório (menores que 140mmHg X 90mmHg) e valores elevados de PA durante o período de vigília caracterizando a hipertensão mascarada (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

5.3 Fatores de risco

Inicialmente, antes de se definir as dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial, é de fundamental importância abordar globalmente os fatores de risco capazes de promover a saúde em geral e a prevenção de complicações quando diz respeito à hipertensão. Existem fatores modificáveis e não modificáveis (WETZEL JR & SILVEIRA, 2005).

Entende-se por fatores não modificáveis, no Brasil: a hereditariedade familiar de hipertensão arterial, sexo e a idade (não há indicações em relação à raça, no país). Isso quer dizer que há uma propensão à hipertensão se o indivíduo já apresenta quadros da doença na família e, com o envelhecimento, aumenta-se o risco de se desenvolver a doença em ambos os sexos.

Pelos estudos analisados que partem de estimativas globais as taxas de hipertensão arterial são mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos. Por outro lado, são fatores modificáveis a hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, o sedentarismo, o tabagismo, consumo excessivo de sal, álcool, peso, estresse excessivo de trabalho e aspectos psicológicos como angústia, preocupação e ansiedade.

O tabaco está associado ao aumento da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares, assim como o sal, que pode levar à doença, agravá-la ou ainda manter a hipertensão.

É importante notar que o álcool pode também levar à hipertensão arterial. Estudos de observação indicam que o consumo de bebida alcoólica fora das refeições aumenta o risco de hipertensão (ALMEIDA et al., 2007).

Ainda a obesidade está associada ao aumento dos níveis de pressão. O ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura são preponderantes para hipertensão arterial, pois indicam risco cardiovascular também aumentado (20% a 30% dos obesos têm sua pressão aumentada graças ao peso e medida da cintura). Em homens, o índice atribuível a sobrepeso e obesidade ligado à hipertensão é de 75% e, em mulheres, 65% (ALMEIDA et al., 2007).

E, por último, o estresse da vida moderna, associado a outros elementos psicológicos, também são responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial. A maioria das enfermidades (três quintos delas ou 60%) é causada pelo estilo de vida (ALMEIDA et al., 2007).

5.4- Medida da pressão arterial

A medida da pressão deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais, como enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e todos que atuam na área de saúde, devendo estes profissionais estar devidamente treinados. O método mais utilizado para medida da pressão é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de mercúrio ou aneroide, ambos devidamente calibrados. O manguito deve ter tamanho adequado à circunferência do braço, respeitando a proporção largura/comprimento de 1:2. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o comprimento, pelo menos 80%. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 200/100 mmHg para a pressão sistólica/diastólica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.5 Tratamento da HAS

A abordagem no tratamento da HAS poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa e depende de vários fatores tais como: evolução da doença, classificação dos fatores de risco, classificação da HAS, da combinação medicamentosa ou não medicamentosa. Após o conhecimento dos valores e das associações é que deverão ser instituídas metas preconizadas o mais precocemente possível. O objetivo primordial deve ser reduzir a morbimortalidade cardiovascular. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

5.5.1 Tratamento não medicamentoso

É de extrema importância conscientizar o paciente da necessidade de uma mudança de estilo de vida, uma vez que tais medidas podem representar uma redução relevante nos níveis de pressão arterial.

Pacientes hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de ingesta calórica e aumento de atividade física com o objetivo de manter o índice de massa corporal abaixo de 25Kg/m^2 e circunferência abdominal inferior a 102cm para homens e 88 para mulheres. Os alimentos ricos em sódio e gorduras saturadas devem ser evitados, ao passo que aqueles ricos em potássio e fibras podem ser utilizados. A dieta do estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertention) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados; quantidades reduzidas de saturadas e colesterol; maiores quantidades de fibras, potássio, cálcio e magnésio (MILLEN *et al.*, 2001)

Recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir a ingesta de alimentos industrializados. Por outro lado, a redução excessiva de sal na dieta também deve ser evitada, principalmente em pacientes usuários de diuréticos, podendo provocar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração (APPEL *et. al.* 2006).

Segundo Whelton Cols. (2002) a prática de atividade física regular está indicada para todos os indivíduos, e, para os hipertensos usuários e não usuários de medicamentos anti-hipertensivos. Antes de iniciar programas

regulares de atividade física, os hipertensos devem ser submetidos à avaliação clínica especializada, avaliação pré-participação (para eventual ajuste dos medicamentos) e recomendações médicas associadas ao exercício.

5.5.2 Tratamento Medicamentoso

O uso dos medicamentos anti-hipertensivos deve ter como objetivo não só reduzir a PA, mas também prevenir eventos de natureza cardiovasculares fatais e não fatais, procurando diminuir a taxa de mortalidade. Estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio mostram redução da morbimortalidade. Aparentemente, os resultados parecem independem da classe dos medicamentos, embora metanálises demonstrem benefícios menos relevantes com betabloqueadores, entre eles o atenolol (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Mion e cols. (2006) em revisão abordando uso de bloqueador de receptores 1 da angiotensina II, a valsartana, comentaram haver uma maior adesão ao tratamento quando o medicamento tem menor perfil de efeitos colaterais.

5.5.3 Adesão ao tratamento

Segundo Leite e Vasconcelos (2003), a adesão, de modo geral, é compreendida “como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento”, correspondendo à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente, uso de dieta e estilo de vida recomendados, entre outros.

A complexidade da adesão foi reforçada por Pierin e cols. (2004), ao considerar a forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica envolvidos neste processo comportamental. A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes pode provocar frustração

nos profissionais de saúde, por se constituir como elemento dificultador na obtenção do sucesso terapêutico.

Gusmão e Mion Junior (2006), ao analisarem as questões que envolvem a adesão ao tratamento ressaltaram a importância do envolvimento do paciente, das características da doença, das crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, do tratamento e sua interferência na qualidade de vida destes pacientes, organização dos serviços de saúde e integração com a equipe de saúde.

Segundo Barbosa e Lima (2006), pode-se atribuir também como causa da não adesão ao tratamento a falta de controle dos níveis tensionais em mais de dois terços dos indivíduos portadores de HAS.

São muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vidas e uso errôneo dos medicamentos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Segundo Mion e Nobre (2000), no Brasil, vários estudos abordando a adesão ao tratamento da HAS registraram alto índice de abandono, principalmente, durante o primeiro ano de início do tratamento e esse índice declina ainda mais após alguns anos.

5.6 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Previsões para os próximos anos apontam que, em 2030, 438 milhões de indivíduos, em todo o mundo terão a doença. Acredita-se, ainda, que neste mesmo ano, 472 milhões de indivíduos terão pré-diabetes, condição clínica que evolui, na maioria dos casos para DM, em um período de 10 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

A hiperglicemia persistente é a característica de todos os tipos de diabetes. O objetivo do tratamento de baixar os níveis glicêmicos a valores normais ou próximos do normal, apóia-se nas seguintes evidências: 1) Há marcada redução no risco de descompensação devido à hiperglicemia e à cetoacidose

diabética e, assim, na morbidade e da mortalidade que lhes são inerentes; 2) pode haver melhora de sintomas visuais e uma diminuição dos sintomas de poliúria, polidipsia, fadiga, perda de peso com polifagia e vaginite ou balanopostite; 3) há significativa redução no risco de desenvolvimento ou progressão de retinopatia diabética, de nefropatia e de neuropatia; e, 4) níveis glicêmicos mais próximos do normal estão associados a uma menor aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

O controle glicêmico do paciente diabético, no entanto, depende de inúmeros fatores, alguns relacionados ao paciente, outros ao serviço de saúde e ainda outros relacionados à realidade social em que o cuidado se desenvolve. Idealmente, para a avaliação do impacto do cuidado, as intervenções em saúde deveriam ser desenvolvidas somente após o adequado conhecimento da realidade local (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2007), o aumento da realização de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são apenas um problema individual mas sim um problema social, que exige estratégias de ação voltadas para a população, considerando os aspectos culturais apresentados por ela. A prática regular de atividade física é considerada primordial no tratamento do DM. A participação de programas que estimulem a realização de atividade física e o consumo de dieta nutricionalmente adequada, associados à assistência médica, pode reduzir o risco de complicações da doença, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida do portador de diabetes.

COTTA et al., (2009) em estudo observacional de corte transversal, envolvendo 10,33% dos hipertensos (150 hipertensos) e 15% dos diabéticos (30 diabéticos) do município de Teixeira MG) identificou-se que os medicamentos (96,6%) eram a principal forma de tratamento dessas doenças. Os exercícios físicos eram incorporados ao cotidiano de pequena parte dos entrevistados.

Foram identificados hábitos alimentares inadequados, representados pelo elevado consumo per capita diário de sal, açúcar e óleo, mostrando assim a necessidade de ações de intervenção por parte do serviço de saúde, voltadas para essa população. Ações efetivas devem ser adotadas de maneira a

orientar os indivíduos quanto à prática de hábitos de vida saudáveis, visando modificar os hábitos alimentares errôneos apresentados pela população estudada. Deve-se esclarecer a tais indivíduos que o controle da doença só será efetivo se o tratamento medicamentoso for incorporado em associação à adoção de hábitos de vida saudáveis.

LOPES et al., (2008) realizaram um estudo para avaliar o impacto do Staged Diabetes Management (SDM) na melhora do controle glicêmico, perfil lipídico e pressão arterial, e a satisfação dos pacientes com este modelo de atendimento. Um guia prático, que foi desenvolvido pelo International Diabetes Center (Minneapolis, MN, EUA) desde 1998, tem sido utilizado como modelo para o treinamento de profissionais da saúde e atendimento aos pacientes no Centro de Diabetes do hospital privado Nossa Senhora das Graças (Curitiba, PR). Tal estudo envolveu a participação de equipe multiprofissional, incluindo endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiras e assistente social.

Foram avaliados 78 pacientes que completaram um ano de acompanhamento. Do total de diabéticos envolvidos nesse estudo, 27 eram diabetes do tipo 1, e 51 do tipo 2. Após um ano, a hemoglobina glicosilada diminuiu de $8,06\% \pm 2,25$ para $7,49\% \pm 2,0$ ($p=0,045$). O perfil lipídico e os níveis pressóricos não apresentaram mudanças significantes. Porém, 80% dos pacientes estavam satisfeitos com esse atendimento. Dentre algumas das causas para a não aderência ao tratamento prescrito, foram relatadas: residência em outra cidade, o que torna difícil a vinda ao Centro de Diabetes; não continuidade de pagamento do plano de saúde por falta de dinheiro; falta de tempo para ir ao médico; preferência por ser atendido por apenas um médico.

6 RESULTADOS

O plano de ação deve estar apoiado numa análise ampla, multisetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e deve envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas. O PES se apresenta como um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas (CAMPOS, FARIAS E SANTOS, 2010).

6.1 Desenvolvimento do Plano de Ação

Primeiro passo: identificação dos problemas.

Na UBS a equipe fez uma reunião para determinar os principais problemas de saúde da nossa área de abrangência, e logo de uma análise coletiva estabelecemos uma lista de problemas que se relatam a seguir.

- Pouca adesão dos pacientes com DCNT aos programas de controle.
- Hábitos alimentares inadequados da população em geral.
- Alto consumo de álcool, cigarro e outras drogas.
- Alta percentagem de pessoas com transtornos da saúde mental.
- Muitas pessoas com transtornos no metabolismo dos lipídios.
- Alta prevalência de pessoas com obesidade.
- Presença de fatores que favorecem a poluição ambiental.

Segundo passo: priorização dos problemas.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da comunidade, a equipe de saúde estabeleceu, coletivamente, as prioridades. Conforme Cardoso et al.(2008) é necessária a seleção daqueles

problemas a serem enfrentados. Portanto eles são classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento do mesmo.

Como critérios para seleção dos problemas, o grupo considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. A seguir se apresenta um quadro elaborado pela equipe a partir do diagnóstico situacional.

Quadro 1: Priorização dos problemas de saúde na UBS de Capelinha.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Adesão insuficiente das Pessoas com DCNT aos programas De controle	Alta	8	Parcial	1
Hábitos e estilos de vida inadequados	Alta	6	Parcial	2
Obesidade	Alta	5	Parcial	3
Elevada incidência de pessoas com Problemas de saúde mental.	Alta	5	Parcial	4
Nível alto de poluição ambiental.	Alta	5	Fora	5

Uma vez analisados os problemas priorizados pela equipe para baixa adesão dos pacientes com DCNT aos programas de controle.

Terceiro passo: caracterização do problema priorizado.

Segundo Cardoso et al., (2008) é necessário caracterizar e descrever o problema depois de ser priorizado para que haja uma melhor definição das intervenções.

Quadro 2: Descritores do problema a baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos em Mercês de Água Limpa. MG.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	625	SIAB
Hipertensos acompanhados pela equipe	399	Registro da equipe
% não fazem uso correto do tratamento	37,3	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados	96	SIAB
Diabéticos acompanhados pela equipe	63	Registro da equipe
% não fazem uso correto do tratamento	34	Registro da equipe
Obesos	116	Registro da equipe
Sedentários	418	Registro da equipe
% de complicações	32	Registro da equipe

Quarto passo: gênese do problema.

Entre as causas que geraram o problema baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos foram identificadas a baixa escolaridade dos pacientes e cuidadores, hábitos e estilos de vida inadequados, processo de trabalho mal organizado, doenças assintomáticas, alcoolismo, sistema de saúde centrado na ação curativa. O processo de trabalho na UBS estudada era mal organizado, sendo que o tempo de atendimento desses pacientes era

insuficiente, com pouca interação médico - paciente, pois a doutora que prestava os serviços apenas consultava no horário da manhã e o atendimento era puramente curativo, concordando com o estudo de Pierin; Strelec e Mion Jr (2004), que consideraram a forte influência dos profissionais da saúde na complexidade da adesão ao tratamento e com Leite e Vasconcelos (2003) que disseram que fatores tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vidas e uso errôneo dos medicamentos, contribuem para a falta de adesão.

Quinto passo: identificação dos “nós críticos” do problema priorizado.

Segundo Cardoso et al.(2008) , o termo “nó crítico” trata de um tipo de causa de um problema que quando trabalhada possa ser transformada dentro da realidade da localidade.

Nó Crítico (NC)

NC1: Escassa cultura da população.

NC2: Baixo nível de informação sobre a importância do controle das DCNT

NC3: Serviços de saúde mal organizados.

NC4: Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema priorizado.

Sexto Passo: desenho das operações.

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar os “nós críticos” do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano.

A partir dos “nós críticos” identificados, a equipe propôs as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados

dessas operações e os recursos necessários à sua execução. No quadro seguinte é apresentado o desenho de operações para o problema priorizado.

Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema baixa adesão das pessoas com DCNT aos programas de controle.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Escassa cultura médica da população.	(1) Fomentar a cultura da população.	Elevar em 20% a cultura de saúde das pessoas.	Programas de saúde. Campanhas na rádio local.	Cognitivos: informação e estratégias de saúde. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Baixo nível de informação sobre a importância do controle das DCNT.	(2) Aumentar o nível de informação sobre a importância do controle das DCNT.	Pessoas instruídas sobre as suas doenças e autocuidados.	Avaliação do nível de informação que possuem as pessoas sobre o controle das suas doenças. Capacitação dos ACS e dos cuidadores. Educação Permanente.	Cognitivos: conhecimentos sobre os programas de controle das DCNT. Político: articulação Intersetorial (setor educacional)
Serviços de saúde	(3)	Garantia da oferta de	Capacitação	Financeiros: para

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
mal organizado s.	Melhorar a prestação dos serviços aos pacientes com DCNT.	medicamentos e exames para 100 % das pessoas com HAS E Diabetes.	<p>peçoal.</p> <p>Contratação de consultas especializadas.</p> <p>Compra de medicamentos e exames.</p>	<p>contratação de consultas e exames.</p> <p>Cognitivos: para o acompanhamento adequado dos pacientes.</p> <p>Políticos: para decidir recursos para estrutura os serviços de saúde.</p>
Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema priorizado.	(4) Organizar o processo de trabalho da EBS para os cuidados adequados a os pacientes com DCNT.	Brindar cobertura para 80% das pessoas com DCNT.	<p>Programas de controle para DCNT existentes.</p> <p>Capacitação da EBS para o acompanhamento destes pacientes.</p> <p>Planejamento adequado do processo de</p>	<p>Cognitivos: para elaborar estratégias de atenção.</p> <p>Políticos: participação intersectorial.</p> <p>Organizacional: Para fluxos adequados dos sistemas de referência e contra</p>

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
			trabalho.	referência.

Sétimo Passo: 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.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS. 2010).

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema adesão diminuída das pessoas com DCNT.

Operação/projeto	Recursos críticos
(1)	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos.
(2)	Político: articulação Intersectorial.
(3)	Financeiros: para contratação de consultas e exames. Políticos: para decidir recursos para estrutura os serviços de saúde.
(4)	Políticos: participação intersectorial.

Oitavo passo: motivação dos atores que controlam recursos críticos.

A análise de viabilidade tem como objetivo identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao

problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, seja, motivar o ator que controla esses recursos.

Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, não sendo necessário ações estratégicas para motivá-los, como sintetizado no Quadro 5.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
(1) Fomentar a cultura da população.	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Prefeito municipal. Secretário municipal de saúde	Favorável Favorável	Não precisa
(2) Aumentar o nível de informação sobre a importância do controle das DCNT.	Político: articulação Intersetorial.	Secretário municipal de saúde. Secretaria de educação	Favorável Favorável	Não precisa
(3) Melhorar a prestação dos serviços aos pacientes com DCNT.	Financeiros: para contratação de consultas e exames. Políticos: para decidir recursos para	Prefeito municipal. Secretário municipal de saúde.	Favorável Favorável	Não precisa

	estrutura os serviços de saúde.			
(4) Organizar o processo de trabalho da EBS para os cuidados adequados a os pacientes com DCNT.	Políticos: participação intersetorial.	Secretário municipal de saúde	Favorável	Não precisa

Nono passo: Elaboração do plano operativo.

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

A Equipe definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 5.

Quadro 6: Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações	Responsável	Prazo.
(1) Fomentar a cultura da população.	Elevar 20% a cultura de saúde das pessoas.	Programas de saúde. Campanhas na rádio local.	Enfermeira	Dois meses para o início das atividades
(2) Aumentar o	Pessoas instruídas sobre as suas	Avaliação do nível de informação que possuem as	Dr. Roberto Pérez	Início das atividades em um

Operações	Resultados	Ações	Responsável	Prazo.
nível de informação sobre a importância do controle das DCNT.	doenças e autocuidados	<p>peças sobre o controle das suas doenças.</p> <p>Capacitação dos ACS e dos cuidadores.</p> <p>Educação Permanente.</p>		mês e término em seis meses.
(3) Melhorar a prestação dos serviços aos pacientes com DCNT.	Garantia da oferta de medicamentos e exames para 100 % das pessoas com HAS E Diabetes.	<p>Capacitação pessoal.</p> <p>Contratação de consultas especializadas.</p> <p>Compra de medicamentos e exames.</p>	Dr. Roberto Pérez e coordenador de ABS.	Um mês para o início das atividades e sete meses para o término.
(4) Organizar o processo de trabalho da EBS para os cuidados adequados a os pacientes com DCNT.	Brindar cobertura para 80% das pessoas com DCNT.	<p>Programas de controle para DCNT existentes.</p> <p>Capacitação da EBS para o acompanhamento destes pacientes.</p> <p>Planejamento adequado do processo de trabalho.</p>	Dr. Roberto e a enfermeira Ana Cristina	Início em dois meses e término em oito.

Décimo passo: Gestão do plano.

Nessa etapa é realizada a exposição da gestão do plano. O objetivo é desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7: Gestão do plano.

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
(1) Fomentar a cultura da população.	Programação mensal	Médico	Novembro a dezembro 2015	Em implantação	Operação permanente	Janeiro 2016
(2) Aumentar o nível de informação sobre a importância do	Programação mensal	Médico	02 meses	Em implantação	Operação permanente	Mai 2015

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
controle das DCNT						
(3) Melhorar a prestação dos serviços aos pacientes com DCNT	Programação mensal	Médico	01 mês	Em implantação	Operação permanente	Março 2015
(4) Organizar	Programação mensal	Médico	01 mês.	Realizado	Não precisa	Não precisa

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo.
o processo de trabalho da EBS para os cuidados adequad os a os pacientes com DCNT.						

7 DISCUSSÃO

O processo de trabalho na UBS estudada era mal organizado, sendo que o tempo de atendimento desses pacientes era insuficiente, com pouca interação médico - paciente, pois a doutora que prestava os serviços apenas consultava no horário da manhã e o atendimento era puramente curativo. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Pierin; Strelec e Mion Jr (2004), que consideraram a forte influência dos profissionais da saúde na complexidade da adesão ao tratamento e com Leite e Vasconcelos (2003) que disseram que fatores tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vidas e uso errôneo dos medicamentos, contribuem para a falta de adesão.

No critério do autor deste estudo, na comunidade estudada, um dos fatores mais importantes para a baixa adesão dos pacientes ao tratamento é a pouca percepção de risco que tem as pessoas das suas doenças o qual é ligado ao baixo nível de escolaridade e a pouca informação sobre os problemas de saúde. Esses dados coincidem com o estudo feito pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2007) onde os aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar interferem com o bom controle desses pacientes.

Neste estudo constatou-se que os hábitos e estilos de vida inadequados como a obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, que unidos a pouca cultura das pessoas, foram também fatores que interferiram com a adesão ao tratamento de hipertensos e diabéticos o qual é similar com o estudo realizado em 2006 por Gusmão e Mion Junior, que ressaltaram a importância do envolvimento do paciente, das características da doença, das crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, ao analisarem as questões que envolvem a adesão ao tratamento.

Segundo Castro &Car (2000), alguns hipertensos justificam a irregularidade de adesão ao tratamento medicamentoso à falta de dinheiro para comprá-los e a falha na distribuição pelo serviço de saúde, dados que também coincidem com os levantados neste estudo, pois muitos pacientes são de baixa renda e se queixam de que os serviços não fornecem adequadamente os medicamentos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. O DM constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento.

A revisão da literatura forneceu subsídios para concluir que vários estudos coincidem com o presente estudo, quanto aos principais fatores que interferem com a adesão ao tratamento, tais como baixo nível de informação, pouca cultura, hábitos de vida inadequados, serviços de saúde mal organizados, entre outros.

A presente revisão permitiu concluir que a adesão, entre os portadores das DCNT estudadas, tem relação direta com a falta de informação.

Diante dos resultados da pesquisa, a não adesão ao tratamento foi vista como um fator que favorece complicações agudas, aumento na demanda espontânea no PSF e piora no estado de saúde desses pacientes. Concluiu-se também que o controle da pressão é multifatorial, sendo importante educar aos pacientes, lograr hábitos de vida saudáveis, orientá-los sobre a patologia e suas complicações, ou seja, é preciso o trabalho conjunto, em equipe, para melhorar esse problema.

O plano de ação será uma ferramenta útil para os membros da equipe no processo de trabalho, pois com a sua implantação pode-se transformar positivamente o quadro de saúde das pessoas, trazendo benefícios ao paciente e a comunidade. A equipe de saúde acredita que o projeto de intervenção proposto seja útil e possibilite melhora do quadro de saúde da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada às DCNT e suas complicações, além de diminuir os custos socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. et al. A hipertensão arterial. Manual de atenção à saúde do adulto- Hipertensão e diabete. 2 ed. Belo Horizonte: **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, 2007, p. 17–65; 151–62.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION CLINICAL PRACTICE. **Diabetes Care**, v. 27, n. 1, p. S9, 2004.
- AMODEO, C. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2010.
- APPEL, L.J. et al. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. v.47, p.296-308, 2006.
- BANDEIRA, F. Endocrinologia e diabetes. 1. ed. São Paulo: Medsi, 2003.
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **RevBrasHiptens**. v.13, n.1, p. 35-38, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ed. MS – Brasília, 2004.
- CAMPOS, F.C.; FARIA, H; SANTOS, M. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, H; SANTOS, M. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CARDOSO, F.C. *et al.* Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
- CASTRO, V.D; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.34, n.2, p.145-53, 2000.
- CHACON, D. *et al.* Fundoscopic alterations and diabetic foot in patients of Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl.1, 2005.

COTTA, R.M.M.et al.Perfilsocioossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família – município de Teixeira, MG. **CienSaude Colet.** v.14, n.4, p.1251-1260, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D.; Adesão ao tratamento – conceitos. **RevBrasHipertens.** v.13, n.1, p. 23-25, 2006.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, IDF Diabetes Atlas, 4^a.ed Brussels; 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva.**v.8, n.3, p.775-782, 2003.

LOPES,N.et al. Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. **ClinicsUSP.** v. 63, p. 573-580, 2008.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

MILLEN, B.E. *et al.* Validation of a dietary pattern approach for evaluating nutritional risk: the Framingham Nutrition Studies. **Jr Am Diet Assoc.** v.101, p.187–94, 2001.

MION JR, D.*et al.* A importância da medicação antihipertensiva na adesão ao tratamento. **RevBrasHipertens** v.13, n.1, p. 55-58, 2006.

MION, J. D; NOBRE, F. Risco Cardiovascular Global: da teoria à prática. 2nd ed. São Paulo: Lemos Editorial. p. 13 -24,2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2007

PIERIN, A. M. G.; STRELEC M. A. A. M; MION, JR. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. São Paulo Manole; 2004. P.275-289.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO TIAGO. MINAS GERAIS, 2014.

SERRANO, J.R. *et al.* Como Tratar. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v. 3, p. 83-95, 2008.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus (4^a ed); São Paulo, 2011.

WETZEL JR, W.; SILVEIRA, M. P. T. Hipertensão arterial: um problema de todos. **Nursing**, São Paulo, v. 81, n.7, p. 70-75, 2005.

WHELTON, S.P. *et al.* Effect of aerobic exercise on blood pressure: a metaanalysis of randomized, controlled trials. **Ann InternMed.** v.136, n.7, p. 493-503, 2002.