

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GUSTAVO DIRCEU

**INTENSIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Uberaba/ MG

2019

GUSTAVO DIRCEU

**INTENSIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

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

Orientador: Professor (a) Dra. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Uberaba/ MG

2019

GUSTAVO DIRCEU

**INTENSIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Banca examinadora

Professor (a). Nome – Dra. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato- UFTM

Professor (a). Nome - Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de outubro de 2019.

DEDICATÓRIA

Primeiramente gostaria de agradecer ao governo pela oportunidade de trabalhar no programa mais médicos, a deus sempre por ter me guiado e iluminado meu caminho, e ao meu falecido pai Armando Dirceu, e minha mãe Sibelle Matar de Araújo, e minha esposa. Por todo seu apoio e confiança no meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a toda minha equipe presente em meu posto da saúde da família PSF 4 Bolívar Jose Santana pela ajuda dedicação que todos tiveram para realizar trabalhos em beneficio a população, também a secretaria da saúde de Canápolis e prefeitura. Também a meus tutores do Mais Médicos Gustavo e Sheila, orientadora Polyana oliveira lima pela criação e elaboração e orientação do trabalho realizado.

RESUMO

Atualmente as doenças crônicas estão cada vez mais incidente no Brasil e mundo, as mais comuns são Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, que precisam de tratamento continuado e a Estratégia de Saúde da Família é pelo Sistema Único de Saúde o lugar eleito para isso. O objetivo do presente estudo Melhorar a adesão dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis do PSF 4. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. A revisão de literatura contou com a base de dados do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual de Saúde. Conclui-se que por meio do projeto, foi possível uma experiência gerando vínculos com a população local, conseguimos realizar uma campanha com êxito referente ao trabalho realizado conseguindo controlar problema em 62% da população local da unidade de Saúde da Família.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento, Doenças Crônicas, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Currently chronic diseases are increasingly occurring in Brazil and the world, the most common are Diabetes Mellitus and Hypertension, which need continued treatment and the Family Health Strategy is the Unified Health System the chosen place for it. The objective of the present study Improve adherence of patients with non-communicable PSF 4 chronic diseases. The Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the observed problems and to define the priority problem, critical nodes and actions. The literature review included the database of the Ministry of Health and the Virtual Health Library. It was concluded that through the project, it was possible an experience generating links with the local population, we were able to carry out a successful campaign regarding the work. managed to control the problem in 62% of the local population of the Family Health unit.

Keywords: Treatment Adherence, Chronic Diseases, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	9
1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE.....	10
1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	10
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	10
1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA4, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOLÍVAR JOSÉ SANTANA.....	10
1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE 4	11
1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE 4.....	11
1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO)	11
1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO (SEGUNDO PASSO)..	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
2 OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	16
5.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO).....	19
6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA (QUARTO PASSO).....	19
6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO).....	20
6.5 DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO).....	21

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Canápolis é um município de Monte Alegre de Minas, possui uma população de 11.365 pessoas, cidade basicamente com plantação de soja, abacaxi e agropecuária – corte e leite, o nome do município provém de “cidade da cana”, pois haviam muitas plantações de cana de açúcar no município, que atualmente deram origem a outras plantações (IBGE, 2018).

O Programa de Saúde da Família 4 Bolívar José Santana, situa-se no bairro Jorge de Paula Gouveia-1 área abrangente de 2900 pessoas, na qual 60% da população são idosos, 90% da população são de escassos recursos sócio econômico, conta com coleta de lixo saneamento básico como água luz e descogoto. Apoios sociais escola. De boa infraestrutura boa, contribuindo com da qualidade dos atributos (DADOS COLETADOS NA PREFEITURA DE CANÁPOLIS, 2018).

Foi criada pelo Decreto Estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, foi criado, no Município de Monte Alegre, o Distrito de Canápolis com território desmembrado do Distrito de Monte Alegre, do mesmo Município. Elevado à categoria de município pela Lei nº 336, de 27-XII-1948 que fixou o quadro territorial para 1949-1953, composto dos Distritos de Canápolis e Centralina. Aparece no quadro fixado pela Lei nº 1039, de 12-XII-1953 para o período 1954-1958, apenas com 1 Distrito, Canápolis, em virtude da elevação à categoria de município do Distrito de Centralina, Comarca de Canápolis.

1.2 Aspectos da comunidade

Unidade posto de saúde da família 4 Bolívar Jose Santana, localiza na rua Francisco Ângelo Sobrinho número 200, Bairro Jorge de Paula Gouveia, Área norte da cidade de Canapolis/MG CEP 38380000, contamos com os serviços básico coletas de lixo esgoto, sanitários, agentes comunitários, apoios sociais escolas, associações, porem creches só existe uma para toda cidade, associação dos agricultores, a situação sócio econômica baixa e alta taxa de analfabetismo dos

idosos atendidos na unidade, são caracterizados por alta receptividade e hospitalidade.

1.3 O sistema municipal de saúde

A Gestão atual presente no município se encontra abandonada pelo governo estadual a 3 anos contando somente com pressuposto que veio de doações da polícia militar, o objetivo no atual momento é melhorar educação saúde e incentivar a atividade física junto a secretaria do esporte, e o objetivo é no atual momento aumentar a cobertura populacional, onde, somente 80% da população está coberta pelo programa de saúde de família, e nossa meta é chegar aos 92%.

Com a rede de atenção básica contamos com 4 PSF, 1 ambulatório, 1 laboratório, 1 Hospital que cumpre como pronto atendimento básico, 1 posto de vacinação, 1 Casa atendimento pelos agentes comunitários, controle de zoonoses, e também 1 centro de atenção ao idoso nos quais fornecem serviços de hidroginástica, fisioterapia e convivência.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

PSF4 Bolívar Jose Santana foi construída na cidade de Canápolis- ultima Unidade de Saúde Básica criada. Se encontra em bom estado, está bem equipada por dentro, faltando somente uma farmácia para realizarmos um atendimento emergência. Com todo isso, nossa unidade também está composta por uma equipe de saúde chamada Melhor Qualidade de Vida, a qual está localizada na área central onde se encontra os bairros sob responsabilidade da unidade PSF4.

1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF4, da Unidade Básica de Saúde Bolivar Jose Santana

Nossa equipe Melhor Qualidade de Vida da unidade PSF4 Bolívar Jose Santana, conta no momento, com um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal, serviços gerais, sete Agentes Comunitárias de Saúde, sendo um deles agente rural, uma nutricionista, uma psicóloga, um professor de educação física, faltando somente uma fisioterapeuta.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Melhor qualidade de vida.

Nossa equipe realiza acolhimento de maneira satisfatória, no qual contamos com acetos para 90% dos usuários da unidade. Realizamos a triagem e iniciamos de maneira ordenada de acordo com os agendamentos e, posteriormente, a demanda espontânea. São realizados atendimentos de segunda a sexta feira de 07:00 as 11:00 horas e 13:00 as 17:00 horas, correspondendo a 40 horas semanais conforme recomendação do Ministério da Saúde.

1.7 O dia a dia da equipe Melhor Qualidade De Vida

Mesmo com alguns inconvenientes, o déficit enfrentado pela equipe tem apresentado melhora significativa. Todos os dias, os ACS apresentam um tema sobre doenças do dia a dia e como prevenção a enfermeira realiza reunião para coleta informações sobre as visitas domiciliares. Também reunimos com o centro de saúde na última terça feira do mês para melhorar o trabalho no dia a dia e isso tem refletido significativamente na população.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Indicadores	Total	Fonte
Controle da obesidade	Coleta de dados	Registro da equipe (e-SUS)
Pacientes hipertensos	Coleta de dados	Registro da equipe (e-SUS)
Pacientes cadastrados como hipertensos	Coleta de dados	Registro da equipe (e-SUS)
Índice de diabéticos esperados	Coleta de dados	Registro da equipe (e-SUS)
	Coleta	Registro da

Diabéticos cadastrados	de dados	equipe (e-SUS)
------------------------	----------	----------------

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Melhor Qualidade de Vida, Unidade Básica de Saúde PSF4 Bolívar Jose Santana, município de Canapolis, estado de Minas Gerais- Equipe da Saúde MELHOR QUALIDADE DE VIDA.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Grande Índice de obesidade	Alta	7	Total	3
Grande quantidade de diabéticos descompensados.	Alta	9	Parcial	1
Grande número de hipertensos descontrolados.	Alta	8	Parcial	2
Grande número de pacientes com uso de medicamento controlados e tarja preta.	Media	2	Fora	5
Pacientes Fumadores	Baixa	4	Total	4

Alta: Prioridade máxima

Media: Atenção Extra

Baixa: Prioridade mínima

Fonte: ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

Total, parcial ou fora *Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Devido ao problema apresentado pelo município pelas grandes taxas de morbidades - diabéticos, hipertensos, obesidade-, justamente por essas taxas altas resolvemos então realizar essa atividade para melhorar qualidade de vida da população. Justifica-se pelas pesquisas realizadas em que pelo menos 80% da população apresenta doenças crônicas não transmissíveis, e pelo menos 25% já terão óbito devido a essas morbidades. Por tal fato, escolheu-se que as doenças crônicas não transmissíveis era melhor modo de poder melhorar taxas de adesão no município.

A partir da adesão dos pacientes idosos com doenças crônicas e introdução da educação do adulto e apoio da nutricionista local da unidade de saúde básica, será confeccionada a dieta relacionada com os recursos nos quais os pacientes poderão consumir devido a sua condição sócio econômica. Educador Físico para explicar sobre atividade física e os benefícios que ela trará ao paciente; médico da unidade para intervenção medicamentosa adequada para melhorar a adesão aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Ademais, serão feitas palestras para população, campanhas de prevenção e o Hiperdia para realizar atendimento domiciliar aos pacientes que não comparecerão a unidade para controle de suas morbidade, fazendo com que paciente que não compareceu a unidade para realizada o do seu controle seja atendido de todas as formas viáveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Intensificar a adesão dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis do PSF 4.

3.2 Objetivos específicos

1. Melhorar Taxa de adesão aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis.
2. Conscientizar pacientes sobre as prevenções das doenças.
3. Melhorar qualidade de vida da população, através da educação do adulto, proporcionando uma taxa de adesão aumentada aos paciente com doenças crônicas não transmissíveis.

4 METODOLOGIA

Foi realizado perante os 10 passos da introdução do TCC. A partir da reunião de equipe da saúde junto a Secretaria de Saúde sobre tema que levamos em consideração de maior urgência e a educação do adulto, que devido a fatores como a má alimentação e falta de exercício físico os pacientes estão desenvolvendo doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade, diabetes mellitus e hipertensão.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária a Saúde

É sabido que parte da produção teórica marxista latino-americana identifica as intervenções sanitárias centradas nos indivíduos pobres, na sua articulação ao processo de medicalização durante a emergência e o desenvolvimento do capitalismo. O texto em debate já aponta várias iniciativas de atenção primária muito antes de Alma-Ata, tal como se pode constatar em artigo recentemente publicado, analisando o seu desenvolvimento histórico no Estado de São Paulo (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

A matriz político-ideológica da APS contemporânea foi construída nos anos 1960 do século XX e associava-se à 'guerra contra a pobreza' das Administrações Kennedy e Johnson quando floresceram os programas de medicina comunitária para aliviar tensões sociais acumuladas pelas lutas dos negros americanos contra o racismo e pelos direitos civis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

5.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis

Atualmente, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis em países em desenvolvimento, tais como a Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial e as Dislipidemias, vem crescendo anualmente. Alguns autores descrevem as mesmas como maiores responsáveis pelas incapacidades e morte no mundo, sendo um dos maiores desafios para a saúde. Este aumento de casos vem com o conseqüente envelhecimento da população, além das mudanças demográficas, as taxas de obesidade e de sedentarismo são cada vez mais altas. Para que essas pessoas possam continuar a ter vida ativa e sem sequelas é necessário o autocuidado. Isso exige mudanças de comportamento e o uso dos medicamentos diariamente para a estabilização da doença, nesse sentido a relação entre paciente e médico vêm para tratar a doença da melhor maneira (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A hipertensão arterial é caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão

arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O termo “*diabetes mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013).

Os estudos mostram que há uma epidemia de diabetes em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (2007), 1.8 bilhões de jovens menores de 14 anos tem diabetes; destes, 440.000 são do tipo I (Insulino- dependentes), retratando que na América do Sul 4 a cada 100.000 habitantes por ano são diagnosticado com Diabetes Mellitus.

No Brasil, de acordo com o IBGE (CENSO 2010) há 12.054.827 diabéticos, com expectativa de crescimento anualmente, o que é preocupante para um futuro próximo. No país, as regiões em que há mais casos é o Sul e Sudeste onde o desenvolvimento econômico é maior. As taxas de mortalidade são altas, assim devem ter ações voltadas para detecção precoce da doença, prevenção e tratamento, pois esta população é considerada de alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

De acordo com GOMES, SILVA e SANTOS (2010) existem alguns fatores que dificultam a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, sendo o de maior relevância a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente e a convivência com alguns efeitos colaterais, como hipotensão, taquicardia, tontura, arritmia e tosse seca, podendo ser entraves para o tratamento correto.

MANFROI e OLIVEIRA (2006) reforçaram que a Educação em Saúde é imprescindível para haver o controle do quadro da pressão arterial. O paciente deverá ser instruído em tudo que rege seu tratamento desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, assim o mesmo sentirá mais confiante e disposto a aderir ao tratamento. De acordo com GOMES, SILVA e SANTOS (2010) muitos fatores são determinantes para o controle dos níveis da PA dos usuários do sistema, entre os principais, podemos destacar: o estado civil, o nível de escolaridade, a

ocupação, o tempo de tratamento, o número de medicamentos e a presença de efeitos colaterais, e todos esses iremos ressaltar alguns neste trabalho. Os autores ainda ressaltam que a individualidade deve ser sempre levada em consideração, pois o tratamento será eficaz se levar em conta as vivências, conhecimentos, crenças e valores do hipertenso, provocando um comportamento muito próprio em relação ao significado de sentir-se doente e de aderir às recomendações estabelecidas como corretas à luz do conhecimento científico atual.

No grupo de idosos, a adesão é dificultada pelas limitações próprias da idade, prescrição com vários medicamentos, comorbidades, necessidade de cuidadores, realçando a importância da atuação de equipe multidisciplinar (GUSMÃO, 2009). Esses mesmos autores encontraram resultados divergentes em estudos que procuraram relacionar idade e adesão ao tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Doenças Crônicas não transmissíveis”, que será realizado com os usuários do PSF 4 de Canápolis, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Hipertensos esperados 800

Estudos Hipertensos cadastrados 387

Epidemiológicos SIAB Hipertensos confirmados 580

Registro da equipe Hipertensos acompanhados conforme protocolo 650

Registro da equipe Hipertensos controlados 650

Registro da equipe Diabéticos esperados 190

Estudos Diabéticos cadastrados 300

Epidemiológicos SIAB Diabéticos confirmados 385

Registro da equipe Diabéticos acompanhados conforme protocolo 150

Registro da equipe Diabéticos controlados 100

Registro da equipe Tabagistas (2) 50

Registro da equipe Complicações de problemas cardiovasculares (3) 500

Registro da equipe Internações por causas cardiovasculares 300

Registro da equipe Óbitos por causas cardiovasculares 35

Registro da equipe da população em total e 2980

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A partir da reunião realizada junto secretaria de saúde, e membros que estão junto PSF 4 (Bolívar Jose Santana), devido problemas nos quais encontra município, primeiro 70% dos habitantes apresentam Hipertensão, diabetes ou obesidade, isso foi algo muito bem discutido, Iniciamos Nassif criamos vários grupos para saúde mental, Hiperdia, com ajuda da nutricionista, fisioterapeutas, professor de educação física esperamos longo e curto prazo que funcione de maneira eficaz o programa, que até presente momento em 2meses já contamos com grupo de 12 pessoas, no

totais de 12 grupos formados, através roda de conversa exercício físicos, projetos como melhorar auto estima, iniciar pratica de exercício físicos e como se deve realizarmos e forma de praticarmos, dietas a realizar proporcionando as dietas a um baixo custo, devido que grande parte da população da minha cidade são de baixa renda.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

1. Hábitos Alimentares inapropriados
2. Falta de Informação à respeito da doença e seus riscos

6.4 Desenhos das Operações

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hipertensão descontrolada	<u>Melhor Qualidade de Vida</u> Conscientizar as pessoas de todas as idades. Utilizando atividades alternativas de gasto de energia física e mental.	Melhorar adesão de 50% dos pacientes portadores de hipertensão	Aulas de alimentação, programa de exercícios, esportes e caminhadas.	<u>Organizacional:</u> Pessoal de qualificado para ensinar exercícios. <u>Cognitivo:</u> Mais informação sobre o tema. <u>Político:</u> Fechar ruas. <u>Financeiro:</u> Recursos pra professores.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos alimentares inapropriados	<u>Melhor Qualidade de Vida</u> Conscientizar as pessoas responsáveis pelo preparo do alimento nas casas. Introduzindo	Diminuir 30% do numero de pessoas com alimentação errada em 1 ano.	Aulas de Culinária e palestras sobre o valor nutritivo dos vegetais.	<u>Organizacional:</u> Pessoal qualificado para ensinar culinária. <u>Cognitivo:</u> Mais informação sobre o tema. <u>Político:</u> Apoio com recursos gráficos.

	alimentação mais saudável. Para controlar auto índice de obesidade			<u>Financeiro:</u> Recursos para compra de material para as classes.
--	--	--	--	---

Nó Crítico	Operação/	Resultados		Recursos
	Projeto	Esperados	Produtos	Necessários
Falta de Informação à respeito da doença e seus riscos	<u>Melhor Qualidade de Vida</u> Aumentar o nível de conscientização das pessoas de toda a comunidade.	Diminuir 70% do numero de pessoas que não entendem os riscos da enfermidade.	Radio Palestras. Realização de campanhas junto aos acs municipais para estar criando vinculo e melhorar adesão ao tratamento e prevenções das doenças.	<u>Organizacional:</u> Pessoal do próprio nasf.PSF4 <u>Cognitivo:</u> Mais informação sobre o tema. <u>Político:</u> Apoio com recursos gráficos e audiovisuais. <u>Financeiro:</u> Recursos para compra de material para as classes.

6.5 Identificação dos recursos críticos

Operação/projeto: Melhor Qualidade de Vida

Político: Apoio com recursos gráficos e audiovisuais e locais para a reunião Rádio local e Emissora de Televisão local. E também recursos de apoio como polícia militar, agentes de transito e outros.

Organizacional: Pessoal qualificado para as diversas atividades a serem efetuadas, como professores, palestrantes, pessoal do nasf e do centro de saúde local. Assistentes sociais funcionários públicos (Chofer ambulâncias etc.)

Cognitivo: Busca pela equipe de saúde de informações essenciais para execução plena dos planos apresentados, buscando o aproveitamento máximo da população.

Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos), financiamento de projetos e aquisição dos matérias audiovisuais e impressos.

6.6 Análises de viabilidade do plano

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Projeto <u>Melhor Qualidade de Vida</u>	Organizacional: Pessoal qualificado para as diversas atividades a serem efetuadas, como professores, palestrantes, pessoal do nasf e do centro de saúde local.	Secretaria de Saúde, Ação social, associação de moradores	Favorável	Apresentar o projeto na associação de bairro
	Cognitivo: Busca pela equipe de saúde de informações essenciais para execução plena dos planos apresentados, buscando o aproveitamento máximo da população.	Secretaria de educação, saúde, secretario de educação	Favorável Indiferente	Apresentar o projeto na associação de bairro
	Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos), financiamento de projetos e aquisição dos materiais audiovisuais e impressos.	Secretaria de educação, saúde, fazenda. Prefeito	Favorável Favorável	Apresentar o projeto na associação de bairro

6.7 Elaboração do plano operativo

Canapolis Minas Gerais ano 2018

Equipe da saúde MELHOR QUALIDADE DE VIDA

Nó Crítico	Resultados	Pro	Ações	Responsável	Prazo
------------	------------	-----	-------	-------------	-------

		Endemias e Epidemias adultos	Estratégicas			
<p>Hábitos alimentares inapropriados</p> <p>Conscientizar as pessoas responsáveis pelo preparo do alimento nas casas. Introduzindo alimentação mais saudável.</p> <p>Falta de Informação à respeito da doença e seus riscos</p> <p>Aumentar o nível de conscientização das pessoas de toda a comunidade.</p>	<p>Conscientizar as pessoas responsáveis pelo preparo do alimento nas casas. Introduzindo alimentação mais saudável</p>	<p>Palestras e programa de exercícios.</p> <p>Aulas de dança, programa de exercícios, esportes e caminhadas.</p> <p>Aulas de Culinária e palestras sobre o valor nutritivo dos vegetais.</p>	<p>Comum a todos os projetos</p> <p>Apresentar o projeto na associação de bairro.</p> <p>Na secretaria de saúde e se possível para o prefeito.</p>	<p>Luciana e Sueli</p> <p>Luciana e Sueli</p>	<p>3 meses para início com duração de 1 mês</p>	
	<p>Diminuir 70% do número de pessoas que não entendem os riscos da enfermidade.</p>	<p>Radio Palestras.</p> <p>Realização de campanhas junto aos acs municipais para estar criando vínculo e melhorar</p> <p>Aulas sobre como sobre que e diabetes como tratar lá e o que pode ocorrer caso não cumpra com tratamento</p>			<p>Luciana e Sueli</p>	<p>3 meses para início com duração de 1 mês</p>
	<p>Melhorar taxas de adesão dos pacientes portadores diabetes, e prevenir que pacientes pré-diabéticos adquirem essa doença</p>	<p>Realização de campanhas junto aos acs municipais para estar criando vínculo e melhorar</p> <p>Aulas sobre como sobre que e diabetes como tratar lá e o que pode ocorrer caso não cumpra com tratamento</p>			<p>Gustavo e Tais</p>	<p>3 meses para início com duração de 1 mês</p>
	<p>Diminuir 60% do número de pacientes sem atividade em 1 ano.</p>	<p>Grupos de apoio aos interessados sobre dietas</p>			<p>Gustavo e Tais</p>	<p>3 meses para início com duração de 1 mês</p>

		<p>e exercidos a serem cumprido e realizados</p> <p>Grupos de dança, jogos, passeios, teatro, aulas de informática. Realizar Rodas de conversas.</p>		Gustavo e Tais	3 meses para início com dur
--	--	--	--	----------------	-----------------------------

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do projeto, foi possível uma experiência gerando vínculos com a população local, conseguimos realizar uma campanha com êxito referente ao trabalho realizado conseguindo controlar problema em 62% da população local da unidade de Saúde da Família. E meta do nosso trabalho inicial e conseguir aumenta adesão da população alvo, com as morbidade citadas no contexto que são obesidade Hipertensão e diabetes, e controlando a gastrites

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 10/06/2018

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@canapolis. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13/08/2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 13/08/2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 13/08/2018

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- **Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3ª Ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. pag. 9- 12 e pág.159-164.

GOMES, T.J.O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Ver.Bras Hipertensão** v.17, n.3, p.132-139, 2010.

DE GUSMÃO, Josiane Lima et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

MANFROI, Angélica; DE OLIVEIRA, Francisco Arsego. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 7, p. 165-176, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011.Seção 1, pt1.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 837-852, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2016 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>