

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARLEY GUSTAVO CAVALCANTE GONÇALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE AREIA VERMELHA, MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA-
ALAGOAS.**

MACEIÓ – ALAGOAS

2015

MARLEY GUSTAVO CAVALCANTE GONÇALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE AREIA VERMELHA, MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA-
ALAGOAS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

MACEIÓ – ALAGOAS

2015

MARLEY GUSTAVO CAVALCANTE GONÇALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE AREIA VERMELHA, M UNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA-
ALAGOAS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 /10/2015.

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade, mortalidade, internações e incapacidade. Representam a principal causa de mortalidade no Brasil. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo II (DM II) constituem os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCV. Portanto, o controle adequado dessas patologias constitui estratégia prioritária a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes e reduzir os eventos cardiovasculares. Apesar da existência de uma proposta nacional de abordagem dessas patologias na atenção básica, observa-se uma grande dificuldade no controle adequado desses pacientes. Na Estratégia de Saúde da Família Areia Vermelha, localizada no município de Limoeiro de Anadia-Alagoas, a situação é semelhante. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção a fim de melhorar o controle glicêmico e pressórico dos usuários. Para atingir este objetivo, realizou-se uma discussão com todos os membros da equipe a fim de elaborar, de forma colegiada, um plano de ação para o enfrentamento do problema. Este plano contém os seguintes elementos: identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do projeto e criação do plano operativo. Para fundamentar o plano fez-se pesquisa bibliográfica foi realizada, utilizando-se os seguintes descritores: Hipertensão, Diabetes *mellitus* e Atenção Primária à Saúde e ainda Manuais do Ministério da Saúde. Ao considerar a importância dos fatores culturais, ambientais e psicossociais na determinação destas doenças, este trabalho apresenta uma proposta para enfrentamento do problema com ênfase na abordagem multidisciplinar e intersetorial. Deverá servir com um guia para o melhor enfrentamento do problema e seu sucesso dependerá, em última análise, do compromisso e empenho dos atores sociais envolvidos.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da família

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are major causes of morbidity, mortality, hospitalization and disability. Are the leading causes of death in Brazil. Systemic hypertension (HBP) and diabetes mellitus type II (DM II) are the main risk factors for the development of CVD. Therefore, the proper control of these diseases is a strategic priority in order to improve the quality of life of patients and reduce cardiovascular events. Despite the existence of a national approach proposed these diseases in primary care, there is a great difficulty in adequately manage these patients. The Family Health Strategy Red Sand, located in Limon in the city of Anadia-AL, the situation is similar. This study aimed to develop an action plan to improve glycemic control and blood pressure of these users. To achieve this goal, there was a discussion with all members of staff in order to develop, collectively, a plan of action to address the problem. This plan contains the following elements: identification of critical nodes, drawing operations, identification of critical resources, project feasibility analysis and creating the operational plan. The literature review was conducted using the following keywords: hypertension, diabetes mellitus and family health strategy and even the Ministry of Health Manuals. When considering the importance of cultural, environmental and psychosocial factors in determining these diseases, this paper presents a proposal for tackling the problem with emphasis on multidisciplinary and intersectoral approach. Should serve as a guide to best deal with the problem and its success will depend, ultimately, commitment and engagement of stakeholders involved.

Descriptors: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 PROPOSTA DE AÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do território

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Areia Vermelha, na qual será implantado este projeto de intervenção, localiza-se no povoado Areia Vermelha, na zona rural do município de Limoeiro de Anadia, Alagoas. A UBS conta com uma equipe de saúde da família composta pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Esta UBS é responsável pela assistência básica de 2.843 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Localiza-se em uma área de difícil acesso para os moradores da localidade, devido à distância territorial entre as residências e a UBS, assim como para os profissionais da equipe de saúde, para os quais o acesso ocorre através de uma estrada de barro estreita e não pavimentada. Esta Unidade Básica de Saúde corresponde a uma das oito unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) existente no município.

O Sistema de Saúde do Município é composto por:

- Oito unidades básicas de saúde, responsáveis pelas ações da atenção básica e conta também com oito pontos de apoio. Estes são locais improvisados para o atendimento a pessoas que vivem em regiões mais afastadas do município e que, por esse motivo, apresentam dificuldades de acesso à unidade de saúde.
- Um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), o qual é responsável pelo acompanhamento multidisciplinar do portador de transtorno mental, sendo disponibilizado atendimento ambulatorial psicológico e psiquiátrico.
- Centro de Saúde, sendo responsável pelo atendimento ambulatorial com a nutrição, fisioterapia e especialidades médicas.
- Uma Unidade Mista é responsável pelo atendimento às urgências clínicas de menor complexidade.

O município disponibiliza acesso a um pequeno número de especialistas que atendem no Centro de Saúde Maria Celina Ribeiro. Os serviços que integram a rede de saúde municipal encontram-se no quadro 1.

Quadro 1 - Sistema de saúde do Município de Limoeiro de Anadia – Alagoas, 2015.

Unidades de saúde	8
Pontos de apoio	8
Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS)	1
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	1
Unidade Mista (média e alta complexidade)	1
Centro de Saúde(oferta as especialidades básicas)	1

Fonte: CNES/Limoeiro de Anadia – AL, 2015.

As especialidades, cujo atendimento é ofertado no Centro de Saúde constam no Quadro 2.

Quadro 2 – Especialidades ofertadas pelo município no Centro de Saúde do Município de Limoeiro de Anadia – Alagoas, 2015.

Cardiologia	2
Cirurgia pediátrica	1
Dermatologia	1
Endocrinologia	1
Hansenologia	1
Ginecologia	1
Nutrição	1
Obstetrícia	1
Oftalmologia	2
Ortopedia	2
Otorrinolaringologia	1
Pediatria	1
Psiquiatria	1

Fonte: CNES/Limoeiro de Anadia – AL, 2014.

Limoeiro de Anadia tem a cidade de Arapiraca como referência para a assistência à saúde de média e alta complexidade e ainda oferta alguns procedimentos ambulatorial especializado, exames de alta complexidade, atenção em emergências cirúrgicas e clínicas, realização de cirurgias eletivas, cuidados em unidades de terapia intensiva e maternidade.

Segundo levantamento do IBGE (2010), Limoeiro de Anadia apresenta área total de 316 km², população de 26.992 habitantes e taxa de urbanização correspondente a 8,32%. Em relação aos aspectos socioeconômicos, apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,58 e seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 3.658,38. A principal fonte de renda dos habitantes é oriunda da agricultura realizada em pequenas propriedades rurais e familiares. Além disso, como se trata de uma população com muitos habitantes em situação de vulnerabilidade social, há grande contribuição dos programas de transferência de renda do governo federal como fonte de renda.

1.2 Diagnóstico Situacional

Durante uma reunião com a equipe de saúde da unidade, discutiu-se sobre os problemas que afetam a população adscrita da unidade. Muitos problemas foram mencionados, mas para atender as prioridades foi preciso fazer uma classificação dos mesmos a partir dos seguintes aspectos: importância do problema (alta, média ou baixa), urgência (alta, média ou baixa) e capacidade de enfrentamento do problema (alta, média ou baixa). Após esta etapa, o problema de maior prioridade foi definido com base nos critérios acima referidos.

O baixo controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes foi, então, selecionado como o principal problema.

Percebe-se um grande número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes tipo II (DMII) sem controle adequado do agravo. Observa-se que parcelas importantes destes pacientes, a despeito das recomendações de mudança de estilo de vida e de seguimento das prescrições medicamentosas realizadas no momento da consulta, não apresentam controle adequado destas doenças. Muitos

somente frequentam a unidade básica de saúde quando apresentam agudização no curso crônico destas doenças ou para renovação de receitas médicas.

Pelo exposto, considera-se importante a elaboração da proposta de intervenção para buscar diminuir as complicações da HAS e da DM e ainda tentar melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a HAS e o DM II apresentam alta prevalência e baixas taxas de controle. Estas doenças crônicas são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). No Brasil, as DCV são importantes causas de morbidade, mortalidade, internações e incapacidade (BRASIL, 2006).

São os portadores de DCNT que mais buscam os serviços de saúde, principalmente quando apresentam complicações de suas doenças, por falta de acompanhamento sistemático ou por não seguirem as orientações médicas.

Portanto, o controle adequado desses pacientes deve ser encarado como prioridade na atenção básica à saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos mesmos e reduzir os eventos cardiovasculares. A partir do exposto, torna-se evidente a necessidade da elaboração de um plano de intervenção para o enfrentamento deste problema no território da unidade básica de saúde Areia Vermelha.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar o controle glicêmico e pressórico dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde Areia Vermelha e conseqüentemente a qualidade de vida desses pacientes

3.1 Específicos.

Criar grupos operativos para os portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*.

Melhorar a abordagem e acompanhamento adequado dessas doenças para uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi realizado seguindo as seguintes etapas:

Realização do diagnóstico situacional com a priorização dos problemas identificados pela equipe.

Revisão bibliográfica para levantar as evidências já existentes sobre o problema a ser trabalhado. A pesquisa bibliográfica foi realizada, utilizando-se os seguintes descritores:

Hipertensão

Diabetes mellitus

Atenção Primária à Saúde

Na revisão foram também utilizados os Manuais do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes.

Em seguida, confeccionou-se plano de ação para enfrentamento dos problemas identificados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia definida por níveis de pressão arterial (PA) sustentadamente elevados. Sabe-se que esta doença está associada frequentemente a alterações em órgãos-alvo (vasos sanguíneos, coração, rins e sistema nervoso), assim como alterações metabólicas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O DM2 é uma doença metabólica caracterizada por uma elevada resistência à insulina, progredindo para uma progressiva deficiência da insulina. Esta patologia está relacionada a diversas complicações microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia) e macrovasculares (infarto agudo do miocárdio, doença vascular periférica e acidente vascular encefálico) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DIABETES- 2014/2015, 2015).

A HAS e o DM2 são doenças crônicas multifatoriais, cuja expressão fenotípica resulta duma complexa interação entre fatores genéticos, ambientais, nutricionais e comportamentais, além da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. São importantes causas de morbimortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO - 2010; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DIABETES-2014/2015, 2015).

A HAS e o DM II são os principais fatores de risco para a gênese das patologias cardiovasculares. Apresentam muitos aspectos semelhantes, destacando-se: fatores de risco, etiologia, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar e dificuldade de adesão às recomendações prescritas (BRASIL, 2006).

No Brasil, a prevalência da HAS e DM tipo 2 são de 11,7% e 24,3% na população geral, respectivamente. Em relação à prevalência dos pacientes cadastrados na atenção básica, a prevalência de em Alagoas é de 5,7 % e 1,6%, respectivamente; enquanto que, em Limoeiro de Anadia, é de 7,1% e 1,7%, respectivamente. Estes dados podem ser decorrentes de uma possível deficiência no registro dos dados (BRASIL, 2012).

No Brasil, os óbitos por causas cardiovasculares correspondem a 30,69 % de todos os óbitos, sendo a principal causa de óbito no país. Em Alagoas e no município de Limoeiro de Anadia, correspondem a 41,5% de todos os óbitos e 33,3% de todos os óbitos respectivamente (BRASIL, 2014).

A abordagem terapêutica dessas doenças já está estabelecida na atenção básica. De modo geral, emprega-se a abordagem medicamentosa e não medicamentosa. Esta última tem como objetivo eliminar ou controlar a exposição aos fatores de risco. O tratamento não medicamentoso da hipertensão e do diabetes tipo II está centrado nas seguintes estratégias: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, consumo controlado de bebidas alcoólicas e prática de atividade física regular (BRASIL, 2006).

As principais classes de drogas anti-hipertensivas utilizadas são: diuréticos tiazídicos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. Em relação à abordagem medicamentosa do DM II, as classes de drogas orais comumente empregadas são sulfoniluréias e biguanidas. Em casos mais graves, quando há refratariedade aos antidiabéticos orais e/ou na deficiência importante de secreção insulínica, utilizam-se as insulinas sintéticas (BRASIL, 2006).

Recomenda-se uma abordagem conjunta dessas doenças na atenção básica. Apesar da existência de uma proposta de atuação para esses agravos na estratégia de saúde da família, a dificuldade de adesão ao tratamento é frequente, apontando a necessidade de um projeto de intervenção, o qual deve ser específico para unidade básica de saúde e sua área de abrangência. É fundamental que essa proposta leve em conta a diversidade cultural, racial, religiosa e fatores sociais. Assim, devem-se lançar mão de estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade de atenção e, conseqüentemente, obter um melhor controle dos níveis glicêmicos e pressóricos (BRASIL, 2006).

Em 2001, diante do agravamento desse cenário em nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e

controle da HAS e DM (BRASIL, 2001). Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) introduziu novas rotinas no processo de trabalho das redes assistências da atenção básica através do desenvolvimento do Programa HIPERDIA. Os pacientes hipertensos e diabéticos passaram então a ser cadastrado em formulários específicos, o que veio a promover um melhor seguimento, vínculo e garantia do recebimento de medicamentos (BRASIL, 2002).

A atenção básica configura-se como ambiente prioritário para o desenvolvimento das estratégias e ações voltadas ao controle da HAS e DM. Através de uma abordagem multidisciplinar, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) promove um maior vínculo de compromisso e corresponsabilidade entre os usuários e a equipe. A maior participação do usuário, agora protagonista do seu próprio cuidado, acarreta uma maior adesão ao plano terapêutico (BRASIL, 2006).

Gusmão e Mion Junior (2006, p. 23) destacam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a adesão ao tratamento de doenças crônicas, quando:

[...] o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

6 PROPOSTA DE AÇÃO

A elaboração deste plano de intervenção utilizou como referencial teórico os princípios e fundamentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES parte do pressuposto de que o planejamento deve ser baseado na incorporação das opiniões dos diversos atores sociais envolvidos numa perspectiva de negociações de seus interesses em jogo. Além disso, é um instrumento que permite priorizar as ações de acordo com a real capacidade de execução (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

O objetivo deste projeto de intervenção é melhorar o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes com HAS e/ou DM II. Nessa perspectiva, o plano de intervenção para o enfrentamento deste problema foi elaborado, de acordo com os seguintes passos:

Primeiro passo: identificação dos nós críticos

Esta etapa diz respeito à identificação das causas mais relevantes para a origem do problema, cujo enfrentamento está dentro do espaço de governabilidade. Com a atuação sobre essas causas, espera-se gerar impacto efetivo sobre o problema. Foram identificados os seguintes “ nós críticos”, conforme consta no Quadro 3.

Quadro 3 – Nós críticos associados aos pacientes com HAS e DM II com inadequado controle. Unidade Básica de Saúde Areia Vermelha, Limoeiro de Anadia – AL, 2014.

Falta de espaços públicos adequados para a realização de atividade física
Baixo estímulo para a prática de atividade física e dieta
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso
Dificuldade no acesso ao glicosímetro capilar para aqueles pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia;
Dificuldade no acesso a especialidades nos casos mais complexos;
Falta de contrarreferência das especialidades médicas consultadas;

Fonte: Reunião da equipe da ESF Areia Vermelha/2014.

Segundo passo: desenho de operações

A partir dos nós críticos identificados, construiu-se um desenho de operações (Quadro 4) para o enfrentamento dos mesmos. Neste, constam os seguintes elementos: operações necessárias, produtos e resultados esperados e recursos necessários para a execução.

Quadro 4 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de espaços públicos adequados para a realização de atividade física	Criação de projeto para a construção de espaço público apropriado para atividade física.	Aumentar o número de praticantes de atividade física.	Criação pelo poder público de espaço apropriado para a realização de atividade física.	Cognitivo: informações estratégicas; Político: mobilização social intersetorial para a rede; apoio do governo; Financeiro: recursos para o projeto.
Baixo estímulo para a prática de atividade física e dieta	Incentivo à mudança do estilo de vida.	Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Consolidação do grupo operativo de hipertensos e diabéticos; Confecção de cartilha com orientações básicas; Publicação de informações relevantes na rádio local. Intensificação das ações com o NASF	Organizacional: apoio de toda a equipe nas atividades; Cognitivo: informações específicas sobre o tema; Político: apoio do governo para a divulgação na rádio local e incentivo às ações do NASF; Financeiro: recursos para a confecção das cartilhas.
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.	Incentivar a adesão à terapia medicamentosa.	Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Garantia de que os medicamentos sejam disponibilizados adequadamente na unidade básica de saúde; Confecção de receituário com ilustrações que facilitem a compreensão e mimetização pelos usuários; Acolhimento adequado pela equipe; Escuta qualificada; Consolidação do grupo operativo de hipertensos e diabéticos.	Organizacional: comprometimento de toda a equipe para incentivar a adesão medicamentosa; comprometimento da gerência em disponibilizar adequadamente os medicamentos; comprometimento com a consolidação do grupo operativo; Cognitivo: conhecimento específico acerca dos fatores associados à não adesão terapêutica; Político: garantir a compra dos medicamentos e transporte até a unidade de saúde; Confecção do receituário ilustrativo. Financeiro: garantia de recursos necessários para que os medicamentos efetivamente cheguem à unidade de saúde

Dificuldade no acesso ao glicosímetro capilar para aqueles pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia;	Garantir a disponibilização adequada dos glicosímetros para aqueles pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia.	Acompanhamento mais rigoroso do paciente; Melhor controle glicêmico; Redução de complicações.	Disponibilização do glicosímetro capilar para os pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia;	Organizacional: apoio da equipe para identificar os diabéticos mal controlados que necessitem desta tecnologia; Cognitivo: conhecimento específico acerca dos pacientes que possam necessitar do glicosímetro capilar; Político: apoio do governo para disponibilizar os glicosímetros; Financeiro: garantia de financiamento adequado para a compra dos aparelhos.
Dificuldade no acesso a especialidades (sobretudo cardiologia e endocrinologia) nos casos mais complexos;	Garantir acesso aos especialistas	Acompanhamento mais especializado dos casos mais complexos; Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Disponibilização do acesso a especialidades; Integração adequada entre a unidade básica de saúde e os outros pontos da rede; Criação de protocolos sobre o manejo e responsabilidades de cada ponto da rede.	Organizacional: Apoio da equipe para identificar os pacientes que possam necessitar de acompanhamento mais especializado; Cognitivo: conhecimento específico acerca dos pacientes que necessitam de acompanhamento mais especializado; Político: apoio do poder público para a disponibilização do acesso; apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede Econômico: garantia de recursos para aumentar o acesso a especialidades.
Falta de contrarreferência das especialidades médicas consultadas;	Garantir a contrarreferência	Melhor integração entre as ações realizadas na atenção básica e outros pontos da rede; Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Integração adequada entre a unidade básica de saúde e os outros pontos da rede; Criação de protocolos sobre o manejo e responsabilidades de cada ponto da rede. Criação de prontuário eletrônico	Político: apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede.

Fonte: Produção própria

Terceiro passo: identificação dos recursos críticos

Trata-se da identificação daqueles recursos indispensáveis para a execução de determinada operação, mas que não está disponível. Precisam-se saber quais são esses recursos a fim de criar estratégias para viabilizá-los. O quadro 5 elenca as operações e os respectivos recursos críticos.

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o problema

Operação	Recursos críticos
Criação de projeto para a definição de espaço público apropriado para atividade física.	Cognitivo: informações estratégicas; Político: mobilização social intersetorial para a rede; apoio do governo; Financeiro: recursos para o projeto.
Incentivo à mudança do estilo de vida.	Político: apoio do governo para a divulgação na rádio local e incentivo às ações do NASF; Financeiro: recursos para a confecção das cartilhas.
Incentivar a adesão à terapia medicamentosa.	Político: garantir a compra dos medicamentos e transporte até a unidade de saúde; Financeiro: garantia de recursos necessários para que os medicamentos efetivamente cheguem à unidade de saúde; Confecção do receituário ilustrativo.
Garantir disponibilização adequada dos glicosímetros para aqueles pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia.	Financeiro: garantia de financiamento adequado para a compra dos aparelhos.
Garantir acesso aos especialistas	Político: apoio do poder público para a disponibilização do acesso; apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede Econômico: garantia de recursos para aumentar o acesso a especialidades
Garantir a contrarreferência	Político: apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede.

Quarto passo: análise da viabilidade do projeto

Esta etapa parte do pressuposto de que o ator que está planejando não controla todos os recursos críticos. Assim, é fundamental que se conheçam os atores que controlam os recursos críticos e sua provável motivação frente ao problema a fim de construir operações capazes de motivar favoravelmente esses atores e, em última instância, viabilizar o plano. A motivação de cada ator é modificável até certo ponto. O quadro 6 mostra a análise de viabilidade do projeto e possui os seguintes elementos: os atores sociais, os recursos controlados por cada ator, a motivação de cada ator frente ao problema e ações estratégicas para viabilizar a operação.

Quadro 6 – Análise da viabilidade do projeto

Operações	Recursos Críticos	Atores que controlam os recursos críticos	Motivação dos atores	Ações estratégicas
Criação de projeto para identificação de espaço público apropriado para atividade física.	Cognitivo: informações estratégicas.	Secretaria de obras	Indiferente	Tentar convencer a respeito da importância do projeto;
	Político: mobilização social intersetorial para a rede; apoio do governo.	Prefeitura, câmara de vereadores; secretaria de obras. conselho de saúde	Indiferente. Favorável.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto Não é necessária
	Financeiro: recursos para o projeto.	Prefeitura	Indiferente.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto.
Incentivo à mudança do estilo de vida.	Político: Apoio do governo para a divulgação na rádio local.	Assessoria de comunicação do município	Favorável.	Não é necessária;
	Incentivo às ações do NASF.	Secretaria de saúde	Indiferente.	Tentar convencer a importância das ações do NASF em relação ao problema;
	Financeiro: recursos para a confecção das cartilhas.	Secretaria de saúde;	Indiferente.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde;
Incentivar a adesão à terapia medicamentosa.	Político: garantir a compra dos medicamentos e transporte até a unidade de saúde.	Secretaria de saúde	Indiferente.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde;

	Financeiro: garantia de recursos necessários para que os medicamentos efetivamente cheguem à unidade de saúde; Confecção do receituário ilustrativo.	Secretaria de saúde	Indiferente	
Garantir disponibilização adequada dos glicosímetros para aqueles pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia.	Financeiro: garantia de financiamento adequado para a compra dos aparelhos.	Secretaria de saúde	Indiferente	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde.
Garantir acesso aos especialistas	Político: Apoio do poder público para a disponibilização do acesso; Apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede	Prefeitura Secretaria de saúde	Indiferente Indiferente	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde; defender a contratação ou concurso de mais especialistas. Tentar convencer a respeito da importância da integração adequada da rede de atenção à saúde a fim de aumentar a resolutividade e reduzir custos em saúde.
	Financeiro: garantia de recursos para aumentar o acesso a especialidades	Prefeitura	Indiferente	Tentar convencer a respeito da necessidade de que haja um aumento do número de especialistas para atender a demanda;
Garantir a contrarreferência	Político: apoio da gestão para garantir a integração adequada na rede.	Secretaria de saúde	Indiferente	Tentar convencer a respeito da importância da integração adequada da rede a fim de aumentar a resolutividade e reduzir custos em saúde;

Fonte: Produção própria.

Quarto passo: elaboração do plano operativo

A importância deste passo reside no fato de designar o responsável por cada operação (gerente de operação), além do estabelecimento de prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de operação, ainda que seja o responsável pela execução de cada ação definida, pode (e deve) contar com o auxílio de outros atores sociais. O quadro abaixo (Quadro 7) evidencia o plano operativo do projeto.

Quadro 7 – Plano operativo

Operações	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Criação de projeto para a construção de espaço público apropriado para atividade física.	Aumentar o número de praticantes de atividade física.	Criação pelo poder público de espaço apropriado para a realização de atividade física.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto;	Médico e enfermeira	2 meses
Incentivo à mudança do estilo de vida.	Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Consolidação do grupo operativo de hipertensos e diabéticos; Confecção de cartilha com orientações básicas; Publicação de informações relevantes na rádio local. Intensificação das ações com o NASF	Tentar convencer a importância das ações do NASF em relação ao problema; Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde;	Enfermeira e ACS	2 meses
Incentivar a adesão à terapia medicamentosa.	Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Garantia de que os medicamentos sejam disponibilizados adequadamente na unidade básica de saúde; Confecção de receituário com ilustrações que facilitem a compreensão e mimetização pelos usuários; Acolhimento adequado pela equipe; Escuta qualificada; Consolidação do grupo operativo de hipertensos e diabéticos.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde;	Enfermeira e ACS	2 meses

Garantir disponibilização adequada dos glicosímetros	Acompanhamento mais rigoroso do paciente; Melhor controle glicêmico; Redução de complicações.	Disponibilização do glicosímetro capilar para os pacientes que necessitam de medidas frequentes da glicemia;	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde;	Dois ACS	2 meses
Garantir acesso aos especialistas	Acompanhamento especializado dos casos mais complexos; Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Disponibilização do acesso a especialidades; Integração adequada entre a unidade básica de saúde e os outros pontos da rede; Criação de protocolos sobre o manejo e responsabilidades de cada ponto da rede.	Tentar convencer a respeito da importância do projeto, argumentando com base no impacto sanitário esperado e redução nos custos em saúde; defender a contratação ou concurso de mais especialistas; Tentar convencer a respeito da importância da integração adequada da rede a fim de aumentar a resolutividade e reduzir custos em saúde; Tentar convencer a respeito da necessidade de que haja um aumento do número de especialistas para atender a demanda;	Médico e enfermeira	2 meses
Garantir a contrarreferência	Melhor integração entre as ações realizadas na atenção básica e outros pontos da rede; Melhor controle pressórico e glicêmico; Redução de complicações.	Integração adequada entre a unidade básica de saúde e os outros pontos da rede; Criação de protocolos sobre o manejo e responsabilidades de cada ponto da rede. Criação de prontuários eletr	Tentar convencer a respeito da importância da integração adequada da rede a fim de aumentar a resolutividade e reduzir custos em saúde;	Médico e ACS	2 meses

Fonte: Produção própria.

A avaliação e monitoramento do projeto serão realizados mensalmente pela equipe a fim de acompanhar a execução do mesmo. Possíveis dificuldades serão analisadas individualmente e novas estratégias definidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção visa implantar estratégias para a melhoria do cuidado ao paciente portador de HAS e DM II. Trata-se de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial que, através do compromisso e esforço de todos os atores sociais envolvidos, visa melhorar a qualidade de vida desses pacientes e reduzir os eventos cardiovasculares.

Deve-se salientar a importância do envolvimento do usuário em seu próprio cuidado como elemento fundamental para o sucesso deste projeto. Caso contrário, provavelmente não haverá avanço significativo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. 2012. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em 13/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 371/GM, de 4 de março de 2002. Instituí o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Caderno da Atenção Básica n. 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. 2015. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSAL.def>. Acesso em 13/02/2015.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2014-2015. [Organização José Egídio Paulo de Oliveira, e Sérgio Vencio). São Paulo, 2015. <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>

GUSMAO, J. L.; MION Jr., D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 23-25, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo de 2010. cidades <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2704203> == censo 2010

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, (supl 1), p. 1-51, 2010.

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf