

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANALUSA CANGUSSÚ LIMA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES DIABÉTICOS
E HIPERTENSOS ATENDIDOS NO HIPERDIA**

UBERABA/MG

2014

ANALUSA CANGUSSÚ LIMA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES DIABÉTICOS
E HIPERTENSOS ATENDIDOS NO HIPERDIA**

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2014

ANALUSA CANGUSSÚ LIMA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES DIABÉTICOS
E HIPERTENSOS ATENDIDOS NO HIPERDIA**

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Prof.

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus professores, pacientes, colegas, amigos e familiares que fizeram parte desta escalada que trouxe conquista que me permitiram compreender e ajudar aos outros, a partir do dever e da responsabilidade adquiridos na profissão e acima de tudo , do amor ao próximo.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Criador, minha família, meus professores e colegas, meus pacientes, colegas de USF, são amigos que levamos em nossos corações, pensamentos e lembranças. Obrigada

RESUMO

Os atendimentos nas ESFs possuem enfoque em atendimentos de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de facilitar o acesso à saúde de boa qualidade com poucos recursos físicos, acontecendo assim uma interação entre a ciência, recursos tecnológicos e prática no combate às principais doenças que acometem a população e que através de ações de prevenção e promoção da saúde, tem sua incidência e seus efeitos reduzidos; dentre elas é possível destacar o diabetes e a HAS que através do programa Hiperdia na USFs busca-se a redução e controle dos agravos; neste sentido este estudo intervencionista teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria do controle glicêmico e dos níveis de pressão arterial nos pacientes acompanhados pelo programa Hiperdia no município de Ipaba/MG. A partir do diagnóstico situacional percebemos muitos problemas do nosso município e suas correlações com os problemas de saúde que lidamos diariamente. E através desse levantamento priorizamos o problema dos pacientes do Programa Hiperdia, para manter níveis controlados de Hipertensão e diabetes e associamos a ele um problema social que é a escolaridade baixa desta população.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivo	9
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 METODOLOGIA.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA.....	12
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO / PLANO DE AÇÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O atendimento de saúde na atenção primária ocorre através das Unidades Básicas de Saúde. Constitui uma estratégia de organização da atenção à saúde para de forma regionalizada, contínua e sistematizada responder à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas (MATTA & MOROSINI, 2009).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (BRASIL, 2007) no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de a Atenção Básica à Saúde para definir Atenção Primária em Saúde - APS, tendo como sua estratégia principal O programa de Saúde da Família (PSF).

A ESF é o principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, o qual analisa o indivíduo e suas patologias de modo individual e integral, analisando-o em seu contexto familiar e comunitário; a atenção primária conforme Starfield (2002) a atenção primaria envolve o manejo de pacientes que, geralmente tem múltiplos diagnósticos e envolve os múltiplos determinantes da saúde.

Os atendimentos nas ESFs possuem enfoque em atendimentos de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de facilitar o acesso à saúde de boa qualidade com poucos recursos físicos, acontecendo assim uma interação entre a ciência, recursos tecnológicos e pratica. MENDES GONÇALVES (1979; 1994 apud Rocha e Almeida, 2000) estabelece e classifica tecnologia em saúde em dura, leve-dura e leve.

O município de Ipaba faz parte do colar metropolitano da Região do Vale do Aço, à 248 km da capital Belo Horizonte e 22 km de Ipatinga, a maior cidade nos arredores. A população do município é de 16.692 habitantes segundo a estimativa do IBGE, para o ano de 2010, ocupam área de 113,7 Km², com densidade populacional de 127,72 habitantes/Km² e taxa de crescimento anual de 2,3% no período 2006-2009 (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ipaba é 0,665, em 2010, com IDH M de longevidade (saúde) de 0,829, de renda média de 0,630 e de educação igual a 0,562 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Com relação ao sistema de saúde, verifica-se que cerca de 89,5% da população do município é dependente do SUS. Para prestar atendimento o município conta com três Unidades de Saúde da Família (USF) na Sede, duas na Zona Rural, no Distrito de Vale Verde e, seis pontos de apoio no povoado de Boachá.

No posto de Saúde de Ipaba o atendimento médico é realizado cinco vezes por semana, sendo equipe formada por 10 profissionais médicos, duas enfermeiras, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, cinco auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), três recepcionistas e uma coordenadora.

A USF está situada no Centro do município de Ipaba, em prédio próprio, com sala para reuniões, recepção com quantidade insuficiente de cadeiras para a demanda espontânea e programada, cinco salas para consulta médica, uma sala para consulta de enfermagem, uma sala de pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala de repouso com três camas, sala dos ACS, DML, sala de expurgo e de esterilização.

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município tem cadastrado no período de Junho de 2014, 1655 pessoas com hipertensão arterial, 420 pessoas com diabetes, nenhum registro de tuberculose e quatro pessoas com hanseníase (SIAB, 2014). As principais causas de internação são diabetes *mellitus* e suas complicações, acidente vascular cerebral, câncer, internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi o controle glicêmico e da pressão arterial nos pacientes atendidos no Hiperdia com baixo nível de escolaridade/instrução.

As principais causas são a dificuldade de incorporação das orientações realizadas, resistência na mudança de hábitos, uso incorreto das medicações prescritas, falta de conhecimento das doenças, crenças e valores que dificultam o controle da hipertensão e diabetes, dificuldade financeira, etc.

Como consequências, destacam-se: encaminhamentos periódicos aos níveis secundários e terciários para internações, altos custos com esses pacientes, má qualidade de vida causada pelas comorbidades dessas patologias, anos de vida e

trabalho perdidos por incapacidades funcionais, amputações, lesões em diversos órgãos e sistemas.

Com o objetivo de identificar os nós críticos do problema, a Equipe de Saúde destacou: ausência ações de educação em saúde, educação em saúde não efetiva, consultas rápidas, poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas, falta de estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da equipe de saúde, educação permanente em saúde.

1.1 Objetivo

- Elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria do controle glicêmico e dos níveis de pressão arterial nos pacientes acompanhados pelo programa Hipertensão no município de Ipaba/MG.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são doenças crônico-degenerativas com elevado grau de mortalidade e morbidade no Brasil e no Mundo. As doenças cardiovasculares representam aproximadamente 30% de todos os óbitos no Brasil (PEREIRA, 2009), sendo a HAS e o diabetes principais fatores de risco para a doença cardiovascular. Fatores ambientais, como crescente número de obesos, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, idade avançada, raça negra, nível socioeconômico baixo e excesso de consumo de sódio na dieta contribuem para aumentar a prevalência das doenças cardiovasculares. Adicionalmente, a questão do analfabetismo e do analfabetismo funcional ainda é alarmante no Brasil, com influência direta na compreensão da prescrição e nome do fármaco a ser utilizado.

No município de Ipaba há 1.655 hipertensos e 420 diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA, o que representa 9,73% e 2,47% da população total da cidade, respectivamente (SIAB, 2014). Contudo, o percentual de pacientes que consegue manter os níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos parâmetros aceitáveis ainda é baixo, mesmo com as estratégias de acompanhamento mensal, visitas domiciliares, orientações, mudança de medicações, encaminhamentos, etc.

Através da percepção dos integrantes da Estratégia em Saúde da Família e do diagnóstico situacional realizado em 2014, identificamos que uma das

importantes causas para este problema é o baixo nível de escolaridade da população de Ipaba, principalmente entre os maiores de 50 anos. Esse fato dificulta a adesão às orientações propostas, aos medicamentos prescritos, além de dificultar a adoção de comportamentos saudáveis. O conhecimento do nível de escolaridade desses indivíduos poderá contribuir no planejamento das atividades de educação para cuidado integral e de suas famílias, especialmente para ajudá-los a adquirir melhor qualidade de vida. (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Baseado nessa premissa, a equipe de saúde da família compreendeu a necessidade de criação de plano de ação para modificar essa situação no município de Ipaba/MG, focando-se em ações de educação em saúde para a população de baixa escolaridade. Espera-se que este plano tenha a capacidade de influenciar o comportamento dos pacientes, melhorando assim o controle da pressão arterial e níveis glicêmicos e conseqüentemente, a qualidade de vida dessa população.

3 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Para desenvolvimento da revisão bibliográfica foram utilizados artigos científicos, livros, informações da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS.

A busca dos artigos científicos aconteceu a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores hipertensão, hipertenso, “hipertensão arterial sistêmica”, HAS, “pressão arterial alta”, “pressão sanguínea alta”, “diabetes mellitus”, “diabete melito”, “diabetes melito”, DMID, DMNID, MODY, isolados e/ou combinados. O período de busca será de publicações a partir do ano 2000, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores.

Será realizado estudo observacional dos prontuários médicos de pacientes cadastrados no programa Hiperdia, utilizando-se classificação da ficha cadastral do programa em relação ao grau de escolaridade. Os dados utilizados no diagnóstico situacional serão a base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos Campos; Faria; Santos (2010).

4 REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA

Um dos principais problemas de saúde encontrado nas ESFs é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO). Ela é definida com duas aferições em dias alternados com valores iguais ou maiores que 140x90 mmHg. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) consiste na elevação dos níveis pressóricos acima dos padrões de normalidade 120x80 mmHg tornando se assim risco para doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

A hipertensão arterial (HAS) representa um dos principais fatores de risco, contribuindo, decisivamente, para o agravamento desse cenário. Com frequência, essa doença leva à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o cliente, sua família e a sociedade, sobretudo, se não forem levados em conta os aspectos relativos ao tratamento específico.

A respeito dessa realidade, principal sinal da doença, é uma elevação persistente da pressão arterial. A hipertensão arterial, por si só, não costuma causar

sintomas, por isso, é uma doença bastante silenciosa. Sintomas com dor de cabeça, mal-estar, tonturas e sangramento nasal não apresentam uma boa correlação com níveis elevados da pressão arterial. Muitas vezes, o diagnóstico de hipertensão arterial é realizado apenas na vigência de complicações cardiovasculares.

As consequências que a hipertensão acarreta se não tratada pode ocasionar derrames cerebrais, doenças do coração, como infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração) angina (dor no peito) insuficiência renal ou paralisação dos rins e alterações na visão que pode levar a cegueira. Os portadores de hipertensão manifestam bastante dificuldades referentes à adesão ao tratamento, o que, além de comprometer o controle da doença em virtude da cronicidade e das modificações no estilo de vida, poderá gerar conflitos pessoais e familiares, pois são alterações da saúde caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família.

Esse fato requer intervenção precoce e efetiva, como forma de evitar as complicações crônicas da hipertensão arterial (HAS), como o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal, dentre outras.

O quadro hipertensivo pode ser classificado de acordo ao fator desencadeante em primária e secundária, Na Hipertensão Arterial Primária ou Essencial, não há uma causa específica ou aparente para o aparecimento da patologia. Enquanto, que na Secundária, consegue-se diagnosticar um fator causal específico (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO).

A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física. (LOPES; de MORAES, 2011) hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. É aí que entra em cena o tratamento não medicamentoso, que tem como principal objetivo, diminuir a morbimortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. (OLIVEIRA, 2011).

A perda de 10 kg, por exemplo, pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, é fundamental para a perda de peso. (AMODEO; LIMA, 1996).

Então, a HAS em se tratando de uma doença que tem alta prevalência e baixas taxas de controle, além de um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

4.2 DIABETES

O diabetes constitui um problema de saúde pública que teve um crescimento significativo nos últimos anos, sendo considerado uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo Costa et al (2002) “o número de adultos com diabetes no mundo subirá de 135 milhões, em 1995, para 300 milhões até o ano 2025, principalmente em países em desenvolvimento. ”

O aumento de prevalência da diabetes no Brasil, segundo Figueiredo (2005) relaciona-se com mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas no país a parti da década de 1960. Fatores como êxodo rural, cornubação urbana, aumento da produção industrial e conseqüente mudança no estilo de vida da população entre outros estão associados.

Existem diferentes tipos de diabetes de acordo aos sintomas, complicações e tratamento: diabetes tipo 1 e 2, diabetes insipidus e diabetes gestacional, em geral, associa-se a produção de insulina e sua atuação eficaz no organismo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo.

A sua primeira descrição foi encontrada no Papiro de Ebers, do antigo Egito, que a caracterizava como “doença do excesso de urina doce associada a emagrecimento e morte”. Segundo Colberg (2003) apresenta, complicações agudas, que ocorrem em função de alterações bruscas dos níveis de glicose sanguínea (glicemia), seja por aumento exagerado (hiperglicemia), seja por queda acentuada (hipoglicemia), onde ambas as situações podem, potencialmente, se constituir em risco de morte. As complicações agudas do diabetes são, essencialmente, as

situações de coma: coma diabético ou coma por cetoacidose, como hipoglicêmico e coma hiperosmolar.

A causa principal da hiperglicemia decorre da insuficiência quantitativa ou qualitativa da insulina e/ou de seus receptores celulares periféricos. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ e pela Associação Americana de Diabetes (ADA)² e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2014) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional).

Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs) (SBD, 2014)

Dentre os fatores ambientais envolvidos na prevenção e tratamento do diabetes destaca-se o estresse e a obesidade. “Os fatores não genéticos incluem o envelhecimento, grande ingestão calórica, obesidade, adiposidade visceral, estilo de vida sedentário e baixo peso ao nascer. Compreende, aproximadamente, 90% dos casos da síndrome diabete” (SAAD, 2007, p. 699). O sedentarismo tem se demonstrado o mais preocupante para o desenvolvimento da diabetes estando envolvido diretamente como uma das causas mais importantes da obesidade.

Sua classificação tem como base características da doença e estagio clinico (BRASIL, 2006):

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. Os elevados níveis de glicose no sangue no diabete tipo 2 podem ser resultantes dos seguintes fatores como: produção de insulina não suficiente gerada pelo pâncreas, como forma de controle do açúcar no sangue (relativa deficiência a insulina); efeitos diminutos no tecido periférico, preponderante no musculoesquelético; combinação de ambos os fatores (MCARDLE e colab.2008).

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO / PLANO DE AÇÃO

Conforme apresentado na seção 4 (Metodologia), os passos para execução do projeto de intervenção serão descritos abaixo.

➔ DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

O problema priorizado foi o nível de escolaridade e instrução da população, que afeta muito a qualidade de vida e a saúde das pessoas, visto que o nível de escolaridade baixo é fator de risco para inúmeras doenças.

➔ PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Nesse passo é importante avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, além de numerar os problemas por ordem de prioridade (Quadro 1).

Quadro 1: Priorização dos problemas de saúde do município

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Nível de escolaridade e instrução da população	Alta	9	Parcial	1
Falta de materiais e equipamentos	Alta	9	Ausente	2
Falta de profissionais	Alta	8	Ausente	3
Grande parte da população dependente exclusivamente do SUS	Média	7	Ausente	4
Processo de trabalho desorganizado	Alta	8	Parcial	5
IDH baixo, menor que a média do Brasil e de Minas Gerais	Alta	7	Ausente	6
Renda Média Familiar e renda per capita baixa	Alta	8	Ausente	7
Área de invasão de terra e acampamento de Ciganos	Média	6	Ausente	8
População Privada de liberdade	Média	6	Ausente	9

Fonte: próprio autor

➤ DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

O problema selecionado foi o nível de escolaridade e instrução da população por ser o problema com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e devido as consequências e repercussões para a população e para os serviços de saúde que ele acarreta.

Adicionalmente, a taxa de alfabetização entre as pessoas com mais de 50 anos é de apenas 44% da população, sendo estes os que mais necessitam de assistência médica e orientações. É nessa faixa etária que se concentram a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos do município. Assim, pode-se atribuir o controle glicêmico e pressão arterial inadequados devido ao nível de escolaridade dos pacientes atendidos no Hiperdia.

➤ EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Pessoas com baixo nível de instrução são mais resistentes às orientações médicas, tem menor adesão ao tratamento medicamentoso, usam os medicamentos de forma incorreta, tem mais crenças e valores difíceis de serem mudados, acreditam e aceitam as orientações de pessoas leigas próximas, ou seja, a mudança de comportamento é dificultada nessas pessoas.

Outro ponto diz respeito ao baixo nível de informação e conhecimento a respeito dessas patologias;

Falta de ações de Educação em Saúde e/ou ações de Educação em Saúde não efetivas;

Consultas rápidas, em decorrência da grande demanda, o que leva também a poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas: As famílias em situação de maior risco socioeconômico-cultural devem ter uma atenção maior, e maior quantidade de visitas domiciliares, sendo estas realizadas de forma eficiente, com linguagem e conteúdo apropriados.

Falta de estrutura dos serviços de saúde - Espaços, equipamentos e materiais adequados para realizar as práticas educativas em grupo, dentro dos serviços de saúde.

Processo de trabalho da equipe de saúde - Reorganizar a forma do trabalho com uma agenda mais voltada para as ações de Educação em Saúde, avaliações

constantes dos resultados obtidos com essas ações, propor mudanças na metodologia empregada.

Educação Permanente em Saúde - Profissionais capacitados para atender as demandas que surgirem de forma dinâmica e efetiva.

Falta de programação na agenda da equipe para atendimento adequado ao Hipertensão.

Falta de acesso a locais de lazer seguros e com orientadores.

Hábitos e estilo de vida não saudável – descaso com o autocuidado, negligência com as medicações, alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, ociosidade, etc.

Falta de profissionais sobrecarregando os outros com muitas atividades.

Oferta insuficiente de consultas especializadas e exames para atender os pacientes do Hipertensão.

Falta de medicamentos na Farmácia de Minas para atender a demanda.

➤ SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

Dentre as várias causas selecionamos as mais importantes e com maior capacidade de enfrentamento:

Falta de ações de Educação em Saúde e/ou ações de Educação em Saúde não efetivas.

Consultas rápidas

Poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas - As famílias em situação de maior risco socioeconômico cultural devem ter uma atenção maior, e maior quantidade de visitas domiciliares, sendo estas realizadas de forma eficiente, com linguagem e conteúdo apropriados.

Falta de estrutura dos serviços de saúde - Espaços, equipamentos e materiais adequados para realizar as práticas educativas em grupo, dentro dos serviços de saúde.

Processo de trabalho da equipe de saúde - Reorganizar a forma do trabalho com uma agenda mais voltada para as ações de Educação em Saúde, avaliações constantes dos resultados obtidos com essas ações, propor mudanças na metodologia empregada.

Educação Permanente em Saúde - Profissionais capacitados para atender as demandas que surgirem de forma dinâmica e efetiva.

➔ DESENHO DAS OPERAÇÕES

O quadro 2 abaixo apresenta o desenho das operações e respectivas descrições das operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”.

Quadro 2: Desenho das operações para enfrentamento dos problemas

Nó crítico	Operação/pr objeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Ausência de ações de Educação em Saúde	Educação em Saúde	Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.	Criar uma agenda de reuniões dos grupos operativos, ampliar o público alvo e os assuntos abordados, convocar toda equipe para a realização de palestras, criar metas (indicadores) para avaliação das atividades.	Econômicos: Material impresso como panfletos, folders, cartazes. Organizacionais: sala para grupos operativos, retroprojetores, computadores, pen drive. Cognitivo: equipe com conhecimentos técnico-científicos. Político: disponibilizar local apropriado e material.
Educação em Saúde não efetiva	, reavaliar a forma de atendimento	Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos	Avaliar os resultados obtidos das ações realizadas (palestras e grupos operativos) em reuniões com a equipe. Treinamento da equipe com profissionais experientes em educação de adultos.	Econômicos: Material impresso como panfletos, folders, cartazes. Organizacionais: sala para reuniões em equipe, retroprojetores, computadores, pen drive.

		encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.		Cognitivo: contratar profissionais com conhecimentos técnico-científicos em educação de adultos. Político: disponibilizar local apropriado, contratar profissional capacitado e material.
Consultas rápidas	Consultas mais minuciosas	Conhecer melhor o usuário do serviço e todo seu contexto socioeconômico e cultural no qual está inserido, com explicações mais detalhadas do processo de saúde doença e das orientações e prescrições dadas. Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.	Organizar a agenda de trabalho dos médicos. Agenda de atendimentos com menor demanda de atendimentos. Otimizar o tempo das consultas.	Econômicos: nenhum Organizacionais: nenhum Cognitivos: conhecimento técnico-científico, capacidade didática de abordar assuntos de acordo com o nível intelectual de cada usuário. Políticos: falta de pressão política para atender um número cada vez maior de pacientes.

<p>Poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas</p>	<p>Atendimento prioritário aos casos com maiores riscos</p>	<p>Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.</p>	<p>Redistribuir as visitas domiciliares aumentando sua frequência em casas com famílias em situação de risco social. Visitas mais longas e com abordagem mais ampla. Capacitação dos ACS's. Contratar ACS's residentes na área de abrangência da equipe e com perfil para o cargo (comunicativos, com conhecimentos de saúde e epidemiológicos).</p>	<p>Econômicos: cursos de capacitação para ACS's, adquirir material informativo para os ACS's. Organizacionais: local de treinamento. Cognitivos: conhecimento técnico-científico, capacidade didática de abordar assuntos de acordo com o nível intelectual de cada usuário. Políticos: contratar os ACS's pelas suas qualidades técnicas e não por interesse político.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde</p>	<p>Reorganizar a forma do trabalho metodologia empregada.</p>	<p>Mais ações de educação em saúde. Ações de educação em saúde efetivas. Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e</p>	<p>Reuniões em equipe mais frequentes para discutir os resultados e propor mudanças nos casos falhos. Propor calendário de reuniões da equipe. Calendário de ações educativas.</p>	<p>Cognitivos: reuniões em equipe agendadas.</p>

		terciária, menores custos com saúde.		
Educação Permanente em Saúde	Profissionais capacitados para atender as demandas que surgirem.	Equipe de saúde preparada para atender aos usuários de forma dinâmica e efetiva.	Criar programas de educação permanente e sensibilizar as autoridades a reservar carga horária protegida para a realização destas.	Econômicos: contratar cursos de educação permanente. Organizacionais: salas para reuniões. Cognitivos: profissionais para ministrar cursos com conhecimentos técnico-científicos. Recursos políticos: criar carga horária protegida para os profissionais participarem de cursos.

➤ IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Essa ação está relacionada com a identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação (Quadro 3).

Quadro 3: Recursos críticos dispensadas em cada operação

Operação/projeto	Recursos críticos
Ausência de ações de Educação em Saúde	Organizacionais: sala para grupos operativos, retroprojetores, computadores, pen drive. Político: disponibilizar local apropriado e material.
Educação em Saúde não efetiva	Cognitivo: contratar profissionais com conhecimentos técnico-científicos em educação de adultos. Político: disponibilizar local apropriado, contratar profissional capacitado e material.
Consultas rápidas	Políticos: falta de pressão política para atender um número cada vez maior de pacientes.
Poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas	Cognitivos: conhecimento técnico-científico, capacidade didática de abordar assuntos de acordo com o nível intelectual de cada usuário. Políticos: contratar os ACS's pelas suas qualidades técnicas e não

	por interesse político.
Falta de estrutura dos serviços de saúde	Organizacionais: ar condicionado, computador, Datashow, retroprojektor, pen drive. Recursos políticos: providenciar os recursos financeiros.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Cognitivos: reuniões em equipe agendadas.
Educação Permanente em Saúde	Recursos políticos: criar carga horária protegida para os profissionais participarem de cursos.

➤ ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

(Construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

Controle dos recursos críticos				
Operação/projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Ausência de ações de Educação em Saúde	Organizacionais: sala para grupos operativos, retroprojetores, computadores, pen drive. Político: disponibilizar local apropriado e material.	Prefeito Secretário de saúde e de obras.	Favorável	Não é necessária. Unidade de saúde em reforma com sala de reuniões já projetada.
Educação em Saúde não efetiva	Cognitivo: contratar profissionais com conhecimentos técnico-científicos em educação de adultos. Político: disponibilizar local apropriado, contratar profissional capacitado e material.	Prefeito Secretário de saúde	Motivação indiferente	Não é necessária imediatamente. Avaliar inicialmente os pontos negativos, tentar resolvê-los nas reuniões e em caso de falha buscar apoio de profissional capacitado.
Consultas rápidas	Políticos: falta de pressão política para atender um número cada vez maior de pacientes.	Prefeito Secretário de saúde Gerente da unidade	Motivação contrária	Discutir e convencer as autoridades dos ganhos para o município com a melhoria dos indicadores em saúde.
Poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas	Cognitivos: conhecimento técnico-científico,	Prefeito Secretário de saúde	Motivação favorável	Redistribuir as visitas.

	<p>capacidade didática de abordar assuntos de acordo com o nível intelectual de cada usuário.</p> <p>Políticos: contratar os ACS's pelas suas qualidades técnicas e não por interesse político.</p>	<p>Médicos</p> <p>Enfermeiros</p>		
<p>Falta de estrutura dos serviços de saúde</p>	<p>Organizacionais: ar condicionado, computador, Datashow, retroprojektor, pen drive.</p> <p>Recursos políticos: providenciar os recursos financeiros.</p>	<p>Prefeito</p> <p>Secretário de saúde</p> <p>Gerente</p>	<p>Motivação indiferente</p>	<p>Listar os itens que devem ser adquiridos, os que já possuímos, mas estão com defeito.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde</p>	<p>Cognitivos: reuniões em equipe agendadas.</p>	<p>Médico,</p> <p>Enfermeiro,</p> <p>ACS's,</p> <p>Técnico e auxiliar de enfermagem,</p> <p>outros profissionais da saúde.</p>	<p>Motivação favorável</p>	<p>Agendar reuniões,</p> <p>Levantar os problemas, discuti-los e propor melhorias.</p>
<p>Educação Permanente em Saúde</p>	<p>Recursos políticos: criar carga horária protegida para os profissionais participarem de cursos.</p>	<p>Prefeito</p> <p>Secretário de saúde</p> <p>Gerente</p>	<p>Motivação contrária</p>	<p>Apresentar o plano e expor a importância de executá-lo e da dificuldade de participação da equipe em treinamentos e capacitações fora do horário de trabalho.</p>

➤ ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

(designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Ausência de ações de Educação em Saúde	Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.	Não é necessária. Unidade de saúde em reforma com sala de reuniões já projetada.	Secretário de Obras	Seguir projeto arquitetônico.
Educação em Saúde não efetiva	Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.	Não é necessária imediatamente. Avaliar inicialmente os pontos negativos, tentar resolvê-los nas reuniões e em caso de falha buscar apoio de profissional capacitado.	Toda equipe	Imediato
Consultas rápidas	Conhecer melhor o usuário do serviço e todo seu contexto socioeconômico e cultural no qual está inserido, com explicações mais detalhadas do processo de saúde doença e das orientações e prescrições dadas. Mudanças de	Discutir e convencer as autoridades dos ganhos para o município com a melhoria dos indicadores em saúde.	Secretário de saúde	1 mês

	comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.			
Poucas visitas domiciliares e/ou não efetivas	Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.	Redistribuir as visitas.	Médico Enfermeiras ACS's	1 mês
Falta de estrutura dos serviços de saúde	Melhorar a quantidade e qualidade das ações educativas. Proporcionar mais conforto aos profissionais e usuários. Maior participação comunitária aos eventos realizados.	Listar os itens que devem ser adquiridos, os que já possuímos, mas estão com defeito.	Gerente, Secretário de Saúde, Prefeito	6 meses
Processo de trabalho da equipe de saúde	Mais ações de educação em saúde. Ações de educação em saúde efetivas. Mudanças de comportamento da população com adoção de hábitos de vida mais saudáveis, melhora da	Agendar reuniões, Levantar os problemas, discuti-los e propor melhorias.	Toda equipe	Imediato

	qualidade de vida, menores índices de doenças crônicas, menos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, menores custos com saúde.			
Educação Permanente em Saúde	Equipe de saúde preparada para atender aos usuários de forma dinâmica e efetiva.	Apresentar o plano e expor a importância de executá-lo e da dificuldade de participação da equipe em treinamentos e capacitações fora do horário de trabalho.	Gerente, Secretário de saúde, Prefeito.	3 meses

➔ Desenhar o modelo de gestão do plano de ação

Criar uma agenda de reuniões dos grupos operativos, ampliar o público alvo e os assuntos abordados, convocar toda equipe para a realização de palestras, criar metas (indicadores) para avaliação das atividades.

Avaliar os resultados obtidos das ações realizadas (palestras e grupos operativos) em reuniões com a equipe.

Treinamento da equipe com profissionais experientes em educação de adultos

Organizar a agenda de trabalho dos médicos.

Agenda de atendimentos com menor demanda de atendimentos. Otimizar o tempo das consultas.

Redistribuir as visitas domiciliares aumentando sua frequência em casas com famílias em situação de risco social. Visitas mais demoradas e com abordagem mais ampla. Capacitação dos ACS's. Contratar ACS's residentes na área de abrangência da equipe e com perfil para o cargo (comunicativos, com conhecimentos de saúde e epidemiológicos).

Operação/projeto: Processo de trabalho da equipe de saúde					
Coordenação: Analusa Cangussú Lima					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Reuniões em equipe mais frequentes para discutir os resultados e propor mudanças nos casos falhos. Propor calendário de reuniões da equipe. Calendário de ações educativas.	Toda equipe	Imediato			

Operação/projeto: Educação Permanente em Saúde					
Coordenação: Analusa Cangussú Lima					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Criar programas de educação permanente e sensibilizar as autoridades a reservar carga horária protegida para a realização destas.	Gerente, Secretário de saúde, Prefeito.	3 meses			

Após a implantação do Plano de Ação, serão realizadas avaliações semestrais a fim de avaliar o controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial nos pacientes acompanhados pelo Hiperdia no município de Ipaba/MG. Será utilizado como indicador a melhora clínica e dos exames propedêuticos, confrontados com resultados anteriores anotados nos prontuários médicos. A meta será atingir o controle glicêmico e da pressão arterial e manter estes níveis estabilizados nas próximas consultas médicas.

Esse plano de gestão permitirá acompanhar a execução dos projetos idealizados e reavaliar as condutas, de modo a identificar os possíveis erros,

buscando o objetivo final deste trabalho que é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família proporcionou ampliar a visão de saúde pública, de planejamento, monitoramento e avaliação de ações realizadas. Antes fazíamos o trabalho como executores das demandas espontâneas, sem nenhum mecanismo de planejamento de atividades. Após o curso as ações são planejadas primeiro, para em seguida serem executadas.

A partir do diagnóstico situacional percebemos muitos problemas do nosso município e suas correlações com os problemas de saúde que lidamos diariamente. E através desse levantamento priorizamos o problema dos pacientes do Programa Hiperdia, para manter níveis controlados de Hipertensão e diabetes e associamos a ele um problema social que é a escolaridade baixa desta população.

Foram realizadas propostas de intervenção na solução deste problema e almejamos se não a solução total, pelo menos a melhora parcial deste quadro. Sempre chegando a um objetivo final que é melhorar a qualidade de vida da população de Ipaba.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES Association. **Gestational diabetes mellitus**. Diabetes Care. 2004;27(Suppl 1):S88-90. disponível em: <http://www.diabetes.org/>. Acesso em 12 abr. 2015

BRASIL. **Doenças Crônicas**. Portal da saúde. Brasília. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas_cronicas.php. Acesso em 12 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Educação - **Índice de desenvolvimento da Educação Básica** Acesso: Ago. 2014. Disponível em: < <http://www.portalideb.com.br/cidade/1458-ipaba/ideb?etapa=9&rede=publica>>. Acesso em 12 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde - **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Acesso: Ago. 2014. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Acesso em: Ago. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>. Acesso em 12 abr. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde - **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Acesso: Ago. 2014. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>> Acesso em 12 abr. 2015

CAMPOS, F. C.C. de; FARIA, H. P.de; SANTOS, M. A. dos. Planejamento e avaliação das ações de saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p

CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro. A. Metodologia científica.4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CIPÚLO, J. P. et al. **Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira**. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FAMERP), São Paulo, SP – Brasil, 2009.

COLBERG S. Atividade física e diabetes. 1º. Edição brasileira – 2003. Editora Manole.

CORREA, P. C.; CARVALHO, D. B. ; Cunha,A. C. G.; **O grau de escolaridade e sua relação com o programa hiperdia na unidade básica de saúde da vila sabiá**. Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 15 - 19, 2010.

CUNHA N. E. R Repercussões de um programa de caminhada no metabolismo materno e prognóstico neonatal de gestações complicadas por diabetes e hiperglicemia diária [Dissertação de Mestrado]. Unesp. Botucatu, São Paulo, 2002;

FERREIRA, C. L. R. A.; Ferreira, M. G. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema Hiperdia**. Arq Bras endocrinol metab vol.53 nº1 São Paulo, SciELO Brasil, Fev. 2009.

GOUVEIA, Carla e Colab.. Novas orientações da Direção-Geral de Saúde para a diabetes gestacional: uma apreciação crítica. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 28, n. 4, jul. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2015.

LEOPARDI, Maria T.. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001

MARQUES AA. Efeitos da atividade física no diabete gestacional. **Rev Bras Med** 1995; 6:320-4; <www.fflch.usp.br/centrodametropole/upload/.../Base_5_Saude1012.xls>. Acesso em 12 abr. 2015

MCARDLE, W. D.; KATCH, I. F.; KATCH, L. V. **Fisiologia do exercício**: Energia, nutrição e desempenho humano. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Ministério da Saúde - **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Acesso em: Ago. 2014. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/municbr.htm> >. Acesso em 12 abr. 2015

Mion Jr D, Pierin AMG, Guimarães A. **Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito**. Rev Assoc Méd Bras. 2001. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. **Índice de Analfabetismo**. Acesso em Ago 2014. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default>. Acesso em 12 abr. 2015

MIRANDA, P. A. C. Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 54, n. 6, p. 477-480, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2015

PEREIRA JC, Barreto SM, Passos VMA. **Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional**. Rev Panam Salud Publica. 2009;

RIBEIRO, B. A. **Hipertensão da manhã é a principal causa de acidentes cardiovasculares no país, 2000**. Disponível em: <<http://www.belezainteligente.com.br/saúde/hipermanhã.htm>>. Acesso em: Ago.2014

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. de. **Doenças crônicas não transmissíveis: bases epidemiológicas**. In: Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap.12. p. 285-299.

SAAD, M. J. A. **Classificação do diabete melitus e critérios diagnósticos**. In: SAAD, M. J. A.; MACIEL, R. M. B.; MENDONÇA, B. B. Endocrinologia. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 699-703.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/index.php>. Acesso em 12 abr. 2015

SOCIEDADE Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Diabetes Mellitus Gestacional**. 2006. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/5_volume/14-Diabet.pdf. Acesso em 12 abr. 2015

SOCIEDADE Brasileira de Hipertensão. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso Ago. 2014.

VOLPATO, Gustavo Tadeu et al. Avaliação do efeito do exercício físico no metabolismo de ratas diabéticas prenhes. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 12, n. 5, p. 229-233, out. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922006000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2015.