

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO (UFTM)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA (CEBSF)

WANESSA GUIMARÃES RODRIGUES

DIFICULDADE DE CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DE
DOENÇAS CRÔNICAS – HIPERTENSÃO E DIABETES – EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DE GIRAU DO PONCIANO, ALAGOAS.

Maceió - Alagoas

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO (UFTM)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA (CEABSF)

WANESSA GUIMARÃES RODRIGUES

DIFICULDADE DE CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DE
DOENÇAS CRÔNICAS – HIPERTENSÃO E DIABETES – EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DE GIRAU DO PONCIANO, ALAGOAS.

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

Tutora: Profª MS. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

Maceió - Alagoas

2014

WANESSA GUIMARÃES RODRIGUES

DIFICULDADE DE CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS – HIPERTENSÃO E DIABETES – EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE GIRAU DO PONCIANO, ALAGOAS.

Banca examinadora

Prof. (Examinador não preenchido)

Prof. (Examinador não preenchido)

Aprovado em Belo Horizonte, em ___/___/___

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Paraná está localizada no povoado Paraná, zona rural de Girau do Ponciano, PSF número XIII, e serve como porta de entrada no sistema de saúde, exceto nos casos de urgência e emergência. Atende cerca de 650 famílias distribuídas em 19 povoados circunvizinhos. Em relação às doenças mais prevalentes, observa-se a dificuldade em controlar algumas doenças crônicas, como as cardiovasculares, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O baixo nível socioeconômico e cultural da comunidade dificulta o entendimento sobre a continuidade do tratamento de doenças crônicas, através de mudança do estilo de vida e terapia medicamentosa contínua. Por serem considerados problema de saúde pública com curso assintomático, evolução clínica lenta e prolongada, o controle e a adesão ao tratamento da HAS e DM deve ser minucioso, pois tendem a evoluir com complicações em longo prazo. Devido à prevalência dessas doenças na comunidade e a grande dificuldade de controle dos seus parâmetros ideais, foi realizado o projeto de intervenção, baseado na verificação dos prontuários e na observação da conduta dos pacientes frente às orientações dos profissionais de saúde. Cabe aos profissionais de saúde encontrar soluções para diminuir as barreiras entre os usuários e o sistema de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento, mostrando seus benefícios e adotando uma visão holística do portador de HAS e DM.

Descritores: hipertensão arterial; diabetes mellitus; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

The Paraná Basic Health Unit is located in the Parana's town, Girau Ponciano's countryside, number XIII , and serves as a gateway to the health system , except in cases of urgency and emergency. Serves about 650 families distributed in 19 surrounding villages. Regarding the most prevalent diseases, it is noted the difficulty in managing some chronic diseases such as cardiovascular disease, particularly systemic cardiovascular, hypertension and diabetes mellitus (DM) . Low socioeconomic and cultural level of the community hinders the understanding of the continuity of the treatment of chronic diseases through lifestyle change and continuous drug therapy. Because they are considered a public health problem with asymptomatic course, slow prolonged clinical, control and accession to treatment of hypertension and DM should be careful because they tend to evolve with long-term complications. Due to the prevalence of these diseases in the community and the great difficulty of controlling their optimal parameters, the design of intervention, based on verification of records and observation of the behavior of patients across guidelines from health professionals was conducted. It is up to health professionals solutions to reduce barriers between users and the health system, favoring adherence to treatment, showing its benefits and adopting a holistic view of patients with hypertension and DM.

Descriptors: hypertension; diabetes mellitus; accession to treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1. Justificativa	9
1.2. Objetivos	11
1.3. Métodos	12
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3. PROPOSTA DE AÇÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	21
Tabela 1 - Desenho das operações	21
Tabela 2 - Identificação de recursos críticos	23
Tabela 3 - Análise da viabilidade	24
Tabela 4 - Plano operativo do projeto de intervenção	25

1. INTRODUÇÃO

Localizada no Estado de Alagoas, região Agreste a 161 km de Maceió e a 27 km de Arapiraca, da qual é uma microrregião, Girau do Ponciano tem grande parte do seu território em Zona Rural, com quase 70% de sua população localizada nessa área. Seu território ocupa 500,62 km² de extensão. Encontra-se a 161 km de distância da capital de Alagoas. O município apresenta 38.547 habitantes. Sua densidade demográfica é de 77hab/km² com taxa de urbanização de 39%. O nível de analfabetismo é alto e as fontes de renda estão destacadas na agricultura, pecuária e comércio.

A porta de entrada no sistema de saúde das Unidades Básicas está localizada nas Equipes de Saúde da Família (ESF), 13 no total, todas com Equipe de Saúde completa, exceto nos casos de urgência e emergência, nos quais os pacientes procuram o hospital municipal. Os pacientes são encaminhados, via Unidades Básicas de Saúde, para referências, seja em Arapiraca, Maceió ou para as especialidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Unidade Básica de Saúde Paraná está localizada no povoado Paraná, zona rural de Girau do Ponciano, PSF número XIII. A Equipe de Saúde oferece atendimento aos moradores do povoado Paraná e mais 19 povoados e assentamentos adjacentes, cerca de 650 famílias distribuídas em sete microáreas. É composta atualmente por quatro agentes comunitários de saúde (ACS) (são sete agentes, porém três estão afastados de suas atividades), dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, uma enfermeira e uma médica, uma odontóloga, além do motorista.

O acesso à unidade é por estradas de barro e pedras em péssimo estado. A distância da cidade à Unidade de Saúde é de cerca de 20 km. Os atendimentos (médicos) são divididos de acordo com o local de moradia da comunidade: dois dias para os mais próximos à UBS e dois dias para aqueles mais próximos da zona urbana, com atendimento no Centro de Saúde de Girau.

A dificuldade de acesso é enfatizada pela população e pelos agentes comunitários. A maioria dos usuários possui baixa renda, não possui meio de transporte próprio para locomover-se até a Unidade, na maioria das vezes distante. Na localidade existe uma ponte que na época das fortes chuvas na região, fica submersa impossibilitando o acesso dos moradores e dos profissionais à UBS, a qual permanece alguns dias fechada, sem oferecer assistência real à comunidade, e os pacientes ficam várias vezes sem medicação e sem visita do agente de saúde. Os ACS sentem-se impedidos de chegar até essas famílias mais distantes devido ao estado precário das estradas, assim como pela falta de transporte cedido pela gestão para execução das visitas periódicas pelos ACS.

Além disso, atualmente três áreas estão sem assistência de agentes comunitários, o que dificulta o atendimento a essa população. Essas áreas descobertas obrigam que o atendimento seja por demanda espontânea, prejudicando o tratamento que deve ser continuado. Muitos diabéticos e hipertensos passam meses sem consulta de acompanhamento, somente pegando seus medicamentos através de transcrição de receitas ou comprando-os com as prescrições antigas, enquanto outros simplesmente abandonam o tratamento.

Outro aspecto é em relação aos pacientes acamados, seja por acidente vascular encefálico ou por demência, na maioria das vezes com hipertensão e/ou diabetes como comorbidades associadas, os quais necessitam de visita domiciliar e tem essa assistência restrita por falta de recurso humano para agendar. Isso culmina na impossibilidade de colocar em prática o cronograma de atendimento, dividido em grupos de atenção em saúde identificados no Pacto pela Saúde. Com isso, as consultas médicas e de enfermagem são marcadas sem organização por período e programa, somente pela demanda em número.

Em relação às doenças mais prevalentes, observa-se a dificuldade em controlar algumas doenças crônicas, como as cardiovasculares, principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes. A população, na sua grande maioria, vive da agricultura e pecuária, com poucos recursos financeiros para melhorar a

alimentação, com hábitos de vida pouco saudáveis e muito resistente às mudanças propostas. O baixo nível socioeconômico e cultural da comunidade dificulta o entendimento sobre a continuidade do tratamento medicamentoso e de mudança no estilo de vida no caso dessas doenças crônicas, pois as pessoas estão acostumadas a fazer tratamento para agravos agudos, onde a terapia é voltada para os sintomas e tem curto prazo.

Em relação à prática de atividade física, a comunidade é muito resistente, pois eles acreditam que o fato de estarem trabalhando na lavoura, percorrerem alguma distância andando para qualquer necessidade ou eventualidade, como também permanecer bastante tempo em pé nas suas atividades domésticas já supre a necessidade de exercício físico regular para benefício de sua saúde, controle de pressão arterial, glicemia e colesterol, além da perda de peso, como principais indicações clínicas.

A maioria ainda tem a cultura de que doença é tratada somente com medicação. Os hábitos de vida também abrangem tabagismo, que é relatado pela maioria dos pacientes, principalmente os homens, como vício da juventude, já que o fazem há várias décadas, mesmo sabendo que é maléfico para a saúde. A dieta tende a ser hipercalórica, hiperssódica, rica em gordura saturada. Os pacientes se prendem ao fato de possuírem um nível socioeconômico mais baixo para continuar consumindo produtos industrializados mais baratos e mais nocivos, além do fato de ingerirem pouca água e alguns fazerem uso de bebida alcoólica.

Existe a necessidade de um NASF mais atuante, com uma variedade de profissionais maior do que a existente, pois os pacientes aguardam meses por uma consulta com especialista, tornando, em várias ocasiões, a terapêutica incompleta ou não específica; como também há o obstáculo para marcação de exames e procedimentos, que dificulta a tomada de decisão em relação à conduta com aquele paciente, tornando o mesmo insatisfeito, revoltado e contrariado com o descaso à saúde da população local, obrigando muitas vezes o paciente a procurar um serviço particular para garantir resolutividade à sua necessidade.

1.1. JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis mais comuns em países industrializados e em desenvolvimento são hipertensão arterial e diabetes, com sua frequência aumentando com a idade. (BRASIL, 2001). Tais agravos requerem políticas públicas e ações em saúde incisivas, mais fáceis de ser executadas e acompanhadas pelas equipes de atenção à saúde a população. Requer, principalmente, uma mudança de paradigma da população, pois as comunidades de baixo nível socioeconômico são muito resistentes às modificações de hábito e estilo de vida.

Devido à prevalência dessas doenças na comunidade e a grande dificuldade de controle dos parâmetros considerados ideais para cada comorbidade e de tratamento, o que leva em longo prazo a sequelas irreversíveis, escolhi tal problema dentre outros identificados na população do povoado da fazenda Paraná.

São doenças consideradas problema de saúde pública com curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada, podendo evoluir com complicações, sendo um dos principais fatores de morbidade e mortalidade cardiovascular, cerebrovascular, nefropatias, etc (CASTRO & FUCHS, 2008).

A literatura mostra que a dificuldade para controle de doenças crônicas é multifatorial e vão desde a falta de estabilidade e continuidade dos serviços de atenção primária, esquemas posológicos inconvenientes, não entendimento de instruções, relação médico-paciente deficiente (DOSSE, et al, 2009).

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) consolidados em dezembro de 2013, a fazenda Paraná possui 619 famílias cadastradas, 117 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos (BRASIL, 2013). Esses usuários são na sua maioria mulheres, adultas ou idosas, com hábitos de vida fundamentados, que apresentam resistência às mudanças oferecidas, porém estão acomodadas com o uso indiscriminado de medicação, muitas vezes por indicação de balconistas de farmácia ou por orientação dos vizinhos que apresentam “sintomas semelhantes”.

De acordo com a literatura, medidas de cunho preventivo e voltadas para promoção e educação em saúde, são capazes de reduzir, em longo prazo, tal problema.

1.2. OBJETIVOS

Geral:

- Propor um plano de ação para implementar mudanças, junto aos gestores do município e aos demais membros da equipe, para melhorar o controle das doenças crônicas prevalentes (hipertensão e diabetes) e a adesão ao seu tratamento.

Específicos:

- Conscientizar os membros da equipe de saúde sobre seu papel na promoção de saúde e na melhoria da adesão ao tratamento das doenças crônicas (hipertensão e diabetes);
- Conscientizar a população sobre a necessidade de mudanças e os benefícios adquiridos com tal atitude, sobre sua doença, a sua gravidade e suas consequências em longo prazo;
- Ampliar o apoio técnico e operacional destinado ao desenvolvimento de atividades educativas, assistenciais e de promoção de saúde desses usuários;
- Intensificar e disseminar informações sobre as doenças e seus fatores de risco e medidas de modificação de hábitos de vida, prevenindo novos casos;
- Expor aos gestores o grau de importância do problema encontrado para a saúde pública municipal e estadual devido as suas sequelas.

1.3. MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção elaborado a partir da não-adesão ao tratamento e dificuldade de controle de doenças crônicas na Unidade de Saúde.

A problemática foi escolhida através da observação do comportamento dos pacientes em relação aos seus agravos com tratamento medicamentoso e não medicamentoso; da análise da história pregressa de tratamento descrita nos prontuários na UBS; do retorno dos pacientes para continuidade do cuidado; do questionamento dos pacientes sobre o conhecimento de sua doença; da dificuldade de aceitação de tratar sua doença de forma crônica; da necessidade de mudança de paradigmas em relação aos hábitos de vida; do entrave no agendamento/realização de exames complementares e consultas com especialistas, tanto por falta de recursos financeiros para deslocamento, quanto pela logística no sistema de marcação na Secretaria de Saúde.

Após a seleção da temática foram levantados seus nós críticos e feita a descrição de viabilidade do projeto, além de realizados o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo, conforme tabelas 1, 2, 3 e 4 em anexo.

Para sua concretização, faz-se necessário levar o projeto de intervenção aos gestores municipais para que os mesmos tomem conhecimento sobre as dificuldades pormenorizadas dentro do problema estudado, como o acesso à UBS prejudicado pela distancia, falta de recurso humano dentro da equipe de saúde, necessidade da educação em saúde da equipe, falta de assistência multidisciplinar no cuidado com tal grupo de risco.

Dar resolutividade a este projeto seria uma forma de demonstrar que o trabalho em equipe, incluindo a gestão e personagens multidisciplinares, é primordial no controle de qualquer doença, principalmente as que trazem efeitos deletérios e onerosos, além de concretizar as ações de planejamento em saúde, os cuidados com a saúde do adulto e dos idosos, elevando a

qualidade da assistência em saúde, respeitando as necessidades da população assistida.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de saúde define as doenças crônicas não transmissíveis como agravos não infecciosos de etiologia múltipla, curso prolongado, com fatores de risco similares e que evoluem para doenças incapacitantes. As mais prevalentes são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2008).

As doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de morte no Brasil e tem como principais fatores de risco HAS e DM, doenças crônicas não transmissíveis de alta prevalência e incidência nas últimas décadas e potencialmente controláveis (BRASIL, 2006a; OPAS, 2010). Tais agravos apresentam semelhança na etiopatogenia, evolução e doenças associadas, fatores de risco, terapêutica, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar em longo prazo, e dificuldade de adesão ao tratamento e às recomendações (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Em virtude do impacto e da gravidade dessas comorbidades, foi desenvolvido 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 pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001 (BRASIL, 2001).

Em 2002, o Programa HIPERDIA foi introduzido nas estratégias de atendimento das Unidades de Saúde a fim de estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças promovendo assistência farmacêutica, atividades de educação em saúde individual e coletiva (ALVES & CALIXTO, 2012; BRASIL, 2002). Através do Programa, usuários hipertensos e diabéticos passaram a ser cadastrados em formulário padronizado, onde, a partir de então, foi priorizado sua vinculação e acompanhamento na rotina dos grupos de risco e garantido o recebimento de medicamentos essenciais para o tratamento (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolve ações de manejo de HAS e DM compreendendo as condições favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem dessas doenças exige (OPAS, 2010). Atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos, instituindo o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade para manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Esses vínculos são necessários para o sucesso do tratamento, pois a prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, já que é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população (ALVES & CALIXTO, 2012).

A falta de adesão ao tratamento resulta na morte de cerca de 400 mil hipertensos e 36 mil diabéticos por ano no Brasil, além de evoluir com complicações graves muitas vezes irreversíveis com necessidade de internações e agravos sociais como invalidez funcional (ALVES & CALIXTO, 2012).

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de dezembro de 2013, a fazenda Paraná atende a 619 famílias e entre esses usuários estão 117 hipertensos e 30 diabéticos (BRASIL, 2013). Esse número discrepante entre o número de famílias e de portadores de HAS e DM deve-se ao fato de estar faltando ACS em três microáreas, o que dificulta o diagnóstico e acompanhamento desses possíveis usuários.

A atenção prestada aos usuários baseia-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento pelo registro do Programa HIPERDIA. Observou-se que muitos desses usuários não estavam cadastrados no Programa HIPERDIA devido à falta de ACS na área adscrita e/ou não possuíam registro de medicamentos atualizados no prontuário ambulatorial, único instrumento de registro dos procedimentos. Algumas atividades educativas são realizadas na Unidade, entretanto não há

grupo formalizado para educação em saúde. As consultas médicas e de enfermagem para hipertensos e diabéticos são ofertadas em apenas um dia por semana, segundo cronograma de atendimento, exceto para as microáreas mais próximas do centro urbano, as quais são atendidas junto com outras demandas às quintas-feiras, o que torna o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários.

Em relação aos medicamentos, nota-se que as prescrições sempre foram baseadas nos cadastros da Farmácia Popular ou do Programa HIPERDIA.

O projeto de intervenção foi feito baseado na verificação dos prontuários e na observação da conduta dos pacientes frente às orientações dos profissionais de saúde da UBS para manejo de suas comorbidades. Na prática assistencial evidencia-se registros desatualizados nos prontuários, desmotivação e resistência dos pacientes para mudança de estilo de vida, adoção de hábitos e dietas mais saudáveis, até mesmo a troca de medicação ou ajuste de doses. Entretanto, o número reduzido no quadro de ACS dificulta o acompanhamento e posterior busca do usuário em questão para consulta médica mostra-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

O processo de trabalho dos ACS na atenção aos usuários do HIPERDIA é de fundamental importância, pois são refletidas também na participação e frequência da comunidade às atividades desenvolvidas na UBS e reforça a necessidade de capacitação desses profissionais para atenção especial à indispensabilidade de compreensão do tratamento.

3. PROPOSTA DE AÇÃO

As propostas de ação foram desenvolvidas após o levantamento dos nós críticos e seguidas as etapas propostas descritas na metodologia, fundamentadas no diagnóstico situacional do município e do território estudado.

As etapas seguidas foram: desenho das operações com a criação do projeto/operação e descrição dos resultados e produtos esperados e dos recursos necessários de cada nó crítico. Em seguida, foram identificados os recursos críticos e feita a análise de viabilidade com elaboração de ações estratégicas para cada projeto. Por fim o plano operativo apresenta o responsável por cada ação estratégica e o prazo estipulado para execução.

Todos os passos estão detalhados nas tabelas em anexo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas, com evolução silenciosa e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores, o que gera um grande desafio para os profissionais da saúde.

Cabe a eles, encontrar soluções para diminuir as barreiras entre os usuários e o sistema de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento, mostrando seus benefícios e adotando uma visão holística do portador de HAS e DM, uma vez que a adesão está diretamente ligada à participação de grupos de HIPERDIA, no trabalho com equipe multiprofissional, na confiança nas informações recebidas, na autonomia do usuário para conduzir seu tratamento domiciliar pela corresponsabilidade por sua saúde e conseqüentemente a formação de vínculo entre os profissionais e os pacientes.

Sob essa óptica, depreende-se que ações as quais envolvam os membros da equipe são necessárias para aperfeiçoar o trabalho na UBS, como, por exemplo, qualificações que aumentem o conhecimento sobre os temas relacionados ao cuidado dos hipertensos e diabéticos, e que corroborem o empenho e as responsabilidades de cada membro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, B.A., CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** Vol. 30, n.3, p. 255-60, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** 56 p. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica.** 58 p. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus.** 64 p. Brasília: DF, 2006c.

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 hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB.** 2013. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 02 de janeiro de 2014.

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P., SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 3ª Ed., Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 118p.

CASTRO, M.S., FUCHS, F.D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.15, n.1, p. 25-27, 2008.

CORRÊA, E.J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 140p.

DOSSE, C., et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 17, n.2, mar-abr, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 232 p. Brasília, DF, 2010.

ANEXOS

Tabela 1 - Desenho das operações

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Território extenso	Bem Vindo: Remapeamento das áreas de atenção primária	Divisão das áreas e microáreas de acordo com a proximidade às UBS dentro do território	Assistência primária à população de forma organizada; cumprimento de cronograma de atendimento; diminuição da superlotação de atendimento na UBS.	Organizacional: planejamento estratégico e redivisão das áreas do município Político: permissão para remapeamento e mobilização das equipes de saúde para as mudanças Financeiro: contratação de apoio técnico para suporte na redefinição das áreas.
Baixo nível educacional	Nunca é tarde para aprender: Educação para jovens e adultos	Diminuição do analfabetismo na área de assistência	Melhoria na compreensão das orientações dadas pela equipe sobre promoção, prevenção de saúde; Maior entendimento sobre mudanças de estilo e hábitos de vida; compreensão sobre continuidade do tratamento instituído.	Organizacional: planejamento de ações voltadas para a saúde dentro da área da educação e cultura Político: união das secretarias de Saúde e de Educação para investimento em educação nas áreas rurais Financeiro: contratação de apoio técnico (professores, nutricionistas, psicólogos, pedagogos) para suporte.
Dificuldade de acesso à UBS	Saúde mais perto: Construção de postos de apoio às UBS mais próximos dos povoados assistidos Parcerias com igrejas/escolas ou outros que possam viabilizar espaço para atendimento da equipe	Acesso da população mais distante à atenção primária	Continuidade do cuidado aos portadores de doenças crônicas; Organização das demandas de acordo com o grupo de risco.	Político: criação de projeto para compra/doação de áreas para construção ou aluguel de imóvel para instalação de postos de apoio Financeiro: financiamento do projeto.
Carência de Agentes Comunitários de saúde;	Quanto mais ajuda, melhor: Contratação de novos ACS e treinamento qualificado	Assistência à saúde da população de todas as microáreas.	Diminuição da demanda espontânea na UBS; diminuição da sobrecarga de trabalho dos ACS atuais para atender as áreas	Organizacional: levantamento do número de ACS necessários para atender à demanda de microáreas do município Político: elaboração

			descobertas; otimização do tempo das consultas de acordo com o cronograma .	de edital de contratação ou concurso Financeiro: financiamento do projeto
Conscientização da gravidade e consequências da doença	Saber mais: Orientação e formação dos pacientes sobre sua doença e suas consequências	Autonomia sobre a responsabilidade do cuidado de sua doença	Maior adesão ao tratamento; questionamento sobre as medicações tomadas; continuidade do cuidado; melhoria da qualidade de vida; diminuição das sequelas	Organizacional: planejamento para ações de promoção de saúde e capacitação dos profissionais das equipes de saúde Financeiro: investimento em apoio técnico para suporte nas ações de atenção em saúde
Mudança de paradigmas	Melhorando nossos hábitos: medidas de promoção de saúde	Diminuição da resistência aos tratamentos não medicamentosos	Mudança de hábitos prejudiciais à saúde como tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada, obesidade; diminuição a longo prazo, dos índices de hipertensão e diabetes; melhoria no controle das doenças.	Organizacional: investimento em campanhas de conscientização e atividades práticas de saúde com Educadores Físicos e Nutricionistas Financeiro: contratação de apoio técnico para suporte na redefinição das áreas.

Tabela 2 - Identificação de recursos críticos

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Bem vindo	Financeiro: contratação de apoio técnico especializado
Nunca é tarde para aprender	Político: parceria entre Secretaria de Saúde e de Educação Financeiro: investimento na contratação de profissionais especializados na educação de adultos e idosos
Saúde mais perto	Político: aquisição de local para construção/reforma/locação da instalação do posto de apoio Financeiro: licitação de material de construção; contratação de empresa de construção civil
Quanto mais ajuda, melhor	Político: levantamento de recursos para manutenção do emprego dos profissionais contratados de acordo com a necessidade local Organizacional: elaboração de edital e seleção dos candidatos
Saber mais	Organizacional: planejamento da secretaria de saúde em organizar dias ou momentos de atenção e cuidados voltados aos grupos de risco Financeiro: aquisição de recursos áudio-visuais, confecção de folhetos informativos
Melhorando nossos hábitos	Financeiro: contratar profissionais para reeducar a população de forma lúdica, criativa, divertida e informativa

Tabela 3 - Análise da viabilidade

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA
Bem vindo	Financeiro: contratação de apoio técnico especializado	Secretária de Saúde	Favorável	
Nunca é tarde para aprender	Político: parceria entre Secretaria de Saúde e de Educação Financeiro: investimento na contratação de profissionais especializados na educação de adultos e idosos	Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação Secretaria Estadual de Educação/Ministério da Educação	Algumas são favoráveis, outras indiferentes	Apresentar o projeto aos gestores
Saúde mais perto	Político: aquisição de local para construção/reforma/locação da instalação do posto de apoio Financeiro: licitação de material de construção; contratação de empresa de construção civil	Prefeito, Secretaria de Saúde, Secretaria de finanças; Ministério da Saúde Comissão de licitação	Favorável Favorável	Apresentar o projeto aos gestores
Quanto mais ajuda, melhor	Político: levantamento de recursos para manutenção do emprego dos profissionais contratados de acordo com a necessidade local Organizacional: elaboração de edital e seleção dos candidatos	Prefeito, Secretaria de finanças, Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde	Indiferente Favorável	Apresentar o projeto aos gestores
Saber mais	Organizacional: planejamento da secretaria de saúde junto com as equipes em organizar dias ou momentos de atenção e cuidados voltados aos grupos de risco Financeiro: aquisição de recursos áudio-visuais, confecção de folhetos informativos, etc	Equipe de saúde (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários), responsável pela associação dos moradores; Secretária de Saúde Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto aos gestores Comprometimento da equipe de saúde
Melhorando nossos hábitos	Financeiro: contratar profissionais para reeducar a população de forma lúdica, criativa, divertida e informativa	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto aos gestores

Tabela 4 - Plano operativo do projeto de intervenção

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Bem Vindo: Remapeamento das áreas de atenção primária	Divisão das áreas e microáreas de acordo com a proximidade às UBS dentro do território	Assistência primária à população de forma organizada; cumprimento de cronograma de atendimento; diminuição da superlotação de atendimento na UBS.	Apresentar o projeto aos gestores	Wanessa Nusaneide	e 2 meses para apresentar o projeto; 4 meses para execução do projeto
Nunca é tarde para aprender: Educação para jovens e adultos	Diminuição do analfabetismo na área de assistência	Melhoria na compreensão das orientações dadas pela equipe sobre promoção, prevenção de saúde; Maior entendimento sobre mudanças de estilo e hábitos de vida; compreensão sobre continuidade do tratamento instituído.	Apresentar o projeto aos gestores	Wanessa Nusaneide	e 2 meses para apresentação do projeto; prazo indeterminado para execução
Saúde mais perto: Construção de postos de apoio às UBS mais próximos dos povoados assistidos	Acesso da população mais distante à atenção primária	Continuidade do cuidado aos portadores de doenças crônicas; Organização das demandas de acordo com o grupo de risco.	Apresentar o projeto aos gestores	Wanessa Nusaneide	e 2 meses para apresentação do projeto; 6 meses para conclusão da licitação; 1 ano para conclusão da construção
Quanto mais ajuda, melhor: Contratação de novos ACS e treinamento qualificado dos mesmos	Assistência à saúde da população de todas as microáreas.	Diminuição da demanda espontânea na UBS; diminuição da sobrecarga de trabalho dos ACS atuais para atender as áreas descobertas; maior tempo de atendimento durante as consultas.	Apresentar o projeto aos gestores	Wanessa Nusaneide	e 2 meses para apresentação do projeto; prazo indeterminado para execução
Saber mais: Orientação e formação dos pacientes sobre sua doença e suas consequências	Autonomia sobre a responsabilidade do cuidado de sua doença	Maior adesão ao tratamento; questionamento sobre as medicações tomadas; continuidade do cuidado; melhoria da qualidade de vida; diminuição das sequelas	Apresentar o projeto aos gestores Comprometimento da equipe de saúde	Wanessa Nusaneide Toda a equipe	e 2 meses para apresentação do projeto; 3 meses para execução
Melhorando nossos hábitos: medidas de promoção de	Diminuição da resistência aos tratamentos não medicamentosos	Mudança de hábitos prejudiciais à saúde como tabagismo, sedentarismo, dieta	Apresentar o projeto aos gestores	Wanessa Nusaneide	e 2 meses para apresentação do projeto; 2 meses para

saúde	inadequada, obesidade; diminuição a longo prazo, dos índices de hipertensão e diabetes; melhoria no controle das doenças.	contratação de pessoal; 6 meses a 1 ano para observação de resultado
-------	---	--