

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOÃO HENRIQUE VASCONCELOS CAVALCANTE

PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS À
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM ARARAS –
BARROQUINHA-CE

FORTALEZA-CE

2011

JOÃO HENRIQUE VASCONCELOS CAVALCANTE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS À
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM ARARAS –
BARROQUINHA-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Esp. Renata Cândida Lopes Rodrigues

FORTALEZA-CE

2011

Cavalcante, João Henrique Vasconcelos, 1980 -

Plano de ação para prevenção de riscos associados à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Araras – Barroquinha-Ce / João Henrique Vasconcelos Cavalcante. 2011.

52 f.

Orientadora: Profa. Esp. Renata Cândida Lopes Rodrigues

Área de concentração: Saúde Pública

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007

1. Fatores de risco 2. Saúde da família I. Renata Cândida Lopes (Orient.) II. Universidade Federal do Ceará – Esp. em Saúde da Família III. Título.

JOÃO HENRIQUE VASCONCELOS CAVALCANTE

PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM ARARAS – BARROQUINHA-CE

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Renata Cândida Lopes Rodrigues – Orientadora

Prof. Esp. Ernestina Maria Ferreira Cavalcante

Prof. Esp. Aguirosei Bento do Carmo Nunes

*Ao meu filho Rafael e minha esposa Gervânia,
fontes de inspiração para minha constante busca
de crescimento pessoal e profissional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de todo conhecimento, inspiração e força em minha trajetória.

Aos meus pais por acreditarem e investirem em minha educação, sempre me direcionando para os caminhos mais corretos.

À minha esposa e meu filho estarem sempre ao meu lado, sendo estímulo para crescer e concluir meus projetos de vida.

À minha tutora Renata Cândida Lopes Rodrigues, pela condução na elaboração do trabalho e nas atividades do curso.

Aos meus colegas de curso pelos momentos agradáveis de discussão.

Aos profissionais da equipe de Saúde da Família de Araras, pelo suor derramado juntos em busca da efetivação de um SUS mais justo e universal.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Barroquinha, em especial Mariana, Igor, Gretchen e Vanessa pelos dados fornecido e paciência dispensada.

A todos que contribuíram de forma direta ou indiretamente para a conclusão de mais esta etapa em minha vida profissional.

RESUMO

A atenção ao portador de hipertensão e diabetes está no cerne das ações desenvolvidas pela Atenção Básica. Esta atuação deve ser de forma integrada entre os vários níveis de assistência, com responsabilidades bem definidas em cada um deles. As estratégias para a adoção de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. O trabalho aqui apresentado se desenvolveu dentro dos moldes de uma pesquisa-ação. Teve como objetivo elaborar um plano de ação voltado à prevenção de riscos associados à Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes mellitus* em pacientes do distrito de Araras – Barroquinha-CE. Foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por ser um método de planejamento flexível e participativo, onde vários atores se envolveram, cada um contribuindo com um olhar diferente sobre os problemas. Mesmo convivendo diariamente com a clientela foi percebido, através de um processo de cognição sobre as práticas aplicadas ao cuidado, que haviam várias brechas que enfraqueciam a assistência dispensada aos diabéticos e hipertensos. Foram propostas ações que passam por uma reorganização das atividades da equipe de Saúde da Família, estabelecimento de parcerias indo até a cobrança de uma atuação mais intensa da Secretaria Municipal de Saúde de Barroquinha-CE. Na simplicidade das ações, mesmo com baixo teor tecnológico, é possível ver esse plano de ação como resultado de uma luta para construir uma Atenção Básica de qualidade, calcada nos princípios do SUS e iluminada por uma visão humanitária onde a dignidade do ser humano é reconhecida como o maior bem a ser alcançado.

Palavras-chave: Plano de ação. Fatores de risco. Hipertensão arterial. Diabetes. Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

The attention to patients with hypertension and diabetes is at the heart of the actions taken by Primary Care. This activity should be integrated among the various levels of care, with well-defined responsibilities in each one. The strategies for the adoption of preventive measures depend on the performance of interdisciplinary teams, adoption of public policies, community activities, establishment and planning of health services. The work presented here was developed within the framework of an action research. The objective was to develop an action plan aimed at preventing risks associated with systemic hypertension and diabetes mellitus patients in the district of Araras – Barroquinha-CE. We followed the steps of the Situational Strategic Planning as a flexible and participatory planning method, where several actors are involved, each contributing with a unique insight into the problems. Even living daily with the clientele it was realized through a process of cognition about the care practices applied, that there were several loopholes that weaken the care provided to diabetes and hypertension. Actions have been proposed that go through a reorganization of the Family Health team, partnerships going to the requirement of a more intense of the Municipal Department of Health Barroquinha-CE. In the simplicity of the shares, even with a low technological content, you can see this action plan as a result of a effort to build a quality primary care, based on principles of SUS, and illuminated by a humanitarian vision where human dignity is recognized as the highest good to be achieved.

Keywords: Action plan, risk factors, hypertension, diabetes, family health team.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: Priorização dos problemas da equipe de Saúde da Família de Araras – Barroquinha-CE. Out/2011.	21
QUADRO 02: Quadro do Desenho das Operações Relacionadas à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.	38-41
QUADRO 03: Quadro de Identificação de Recursos Críticos Relacionados à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.	42-43
QUADRO 04: Quadro de Elaboração e Gestão do Plano Operativo Relacionado à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.	43-47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Relações entre Sujeitos e Atividades Realizadas na Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.	24
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 Tipo de Estudo	16
3.2 Cenário e período do estudo	16
3.3 Participantes do estudo.....	17
3.4 Percurso da elaboração do Plano de Ação.....	17
3.5 Aspectos Éticos.....	18
4 DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO	19
4.1 Rastreamento dos problemas	19
4.2 Priorização dos problemas.....	21
4.3 Descrição do problema selecionado.....	22
4.4 Explicação do problema	23
4.5 Seleção dos nós críticos.....	25
4.5.1 Dificuldade dos pacientes de identificar medicações e dificuldade de lembrar-se do tomar os medicamentos	25
4.5.2 Sedentarismo.....	26
4.5.3 Dieta inadequada.....	27
4.5.4 Dificuldades de realizar exames solicitados.....	29
4.5.5 Cadastro HIPERDIA desatualizado	29
4.5.6 Detecção de novos casos deficiente	31
4.5.7 Ausência de Medicamentos	32
4.5.8 Dificuldade no agendamento de especialistas	33
4.5.9 Deficiência de ações de educação em saúde.....	34
4.5.10 Descaso das famílias com pacientes com HAS e DM.....	35
4.5.11 Acolhimento na UBS deficiente.....	36
4.5.12 Etilismo e tabagismo	36
4.5.13 Falta de tensiômetros adequados a pacientes com diferentes compleições físicas e manutenção deficiente dos aparelhos existentes.....	37
4.6 Desenho das operações.....	38

4.7 Identificação dos recursos críticos	41
4.8 Análise da viabilidade do plano	43
4.9 Elaboração e gestão do plano operativo	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, diversos modelos de saúde se desenvolveram em diferentes momentos da história. Com a constituição de 1988 e impulsionada por movimentos que geraram pressões sociais, tem-se início uma reforma sanitária que, graças à abertura ao controle popular, avança na redução de iniquidades e na oferta de uma assistência universal, com equidade e integralidade, princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Totalmente alinhada com os princípios do SUS, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural tendo em vista a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos, ou de sofrimentos, que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é hoje, compreendida como base operacional da Atenção Básica no Brasil. Age como propulsora da reorientação do modelo assistencial de saúde, onde as práticas marginalizavam a importância dos sujeitos assistidos. A dinâmica de trabalho dentro dessa nova lógica se dá pela implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas, denominadas de equipes de Saúde da Família, são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, adscritas a uma área geográfica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010a).

Tal proposta de assistência vai de encontro à carência de profissionais dotados de uma visão humanística, com capacidade de prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Um novo modelo de saúde pede uma nova postura na formação profissional com geração de perfis mais ajustados às perspectivas da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Contribuindo para atender a esta demanda, a Universidade Federal do Ceará (UFC) estabeleceu parceria com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), passando a integrar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). É promovido então, o Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de Educação à Distância (EaD), inicialmente voltado para as categorias de medicina, odontologia e enfermagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010b).

Diante da necessidade de formação específica em Saúde da Família, verificou-se a necessidade de cursar a especialização, promovida pela UFC. Percorrendo os módulos propostos para estudo, ao fazer uma reflexão sobre a práxis e, perceber que muito precisava ser aprimorado para que estivesse mais próximo do perfil profissional consoante com os princípios da Atenção Básica e para que fosse possível imprimir uma ação mais eficiente no campo de trabalho.

Desde a graduação como enfermeiro, há oito anos, atuando na Estratégia Saúde da Família no município de Barroquinha, cidade que está localizada no extremo litoral oeste do Ceará, há 413 km de Fortaleza e por quatro anos, gerente de uma unidade de saúde na sede do município, e atualmente trabalhando como enfermeiro da equipe de saúde do distrito de Araras.

Trabalhar na ESF leva a estar mais próximos da clientela atendida, de sua realidade de vida, de seus principais anseios e da dinâmica social que cada sujeito está inserido. Essa proximidade definida como vínculo, tão discutido no meio acadêmico, não é uma finalidade a ser alcançada, mas uma consequência de quando há o envolvimento na sistemática de trabalho proposta. Aliado à epidemiologia, o vínculo expressa-se como ferramenta essencial para discutir a saúde de uma comunidade.

Com o intuito de melhorar a assistência prestada, a equipe de Saúde da Família de Araras iniciou um diálogo, trazendo à tona a realidade observada por cada membro, confrontando com os dados existentes. Detectou-se com isso, algo que estava passando despercebido: cada vez mais hipertensos e diabéticos atendidos estavam com pressão arterial (PA) e glicemia, descompensadas e de certa forma distanciando-se da unidade de saúde, evidenciado por redução no número de consultas dessa clientela. Outro fator preponderante foi o óbito de uma hipertensa ocorrido este ano, o fato havia deixado toda a equipe sensibilizada causando ainda, incômodo e pedindo uma atenção maior a estes clientes.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes mellitus* (DM) estão dentro de um grupo de agravos conhecido como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estas doenças representam uma ameaça à qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o mundo, mostrando-se como um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Elas são responsáveis por aumento dos custos para os sistemas

de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda (BRASIL, 2011).

Abordagem contígua desses agravos se dá por conta da manifestação de fatores comuns aos dois eventos, tais como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, associação entre as duas doenças etc.

O *Diabetes mellitus* revela-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência deste agravo em todo o mundo. O diabetes é conceituado como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia (elevação nos níveis de glicose sanguínea) associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode se dar por defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (responsáveis pela produção de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006b).

Não menos importante a Hipertensão Arterial Sistêmica configura-se um grave problema à saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para a manifestação de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Estabelecido o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira está entre 22,3% a 43,9%. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006c).

A atenção ao portador de hipertensão e diabetes está no cerne das ações desenvolvidas pela ESF. Esta atuação deve ser de forma integrada entre os vários níveis de assistência, com responsabilidades bem definidas em cada um deles. As estratégias para a

adoção de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde.

O planejamento constitui, junto à epidemiologia e às ciências sociais, um dos três pilares da Saúde Coletiva. É um valioso instrumento na área da saúde, pois favorece um melhor aproveitamento de tempo e de recursos, deixa claro objetivos e metas a serem alcançados, leva a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos, permite o acompanhamento das ações por parte da gestão, ajuda a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

Buscando avançar na melhoria da qualidade de serviços ofertados aos clientes portadores de HAS e DM do distrito de Araras, em Barroquinha, foi arquitetada a construção de um plano de ação voltado a este público específico. Dada a magnitude dos problemas que envolvem estes agravos e na busca de mudar uma realidade já instalada no local da realização do trabalho, urge a necessidade da adição de esforços de todos os envolvidos com essa grave situação de saúde, buscando a reorganização da atenção ofertada, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida à população adstrita.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação voltado à prevenção de riscos associados à Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes mellitus* em pacientes do distrito de Araras – Barroquinha-CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar as práticas voltadas ao atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe de Saúde da Família;
- Criar mecanismos de identificação precoce de Hipertensão Arterial e *Diabetes mellitus* na população geral do distrito de Araras;
- Disseminar a prática de hábitos saudáveis com vistas à melhoria da qualidade de vida e redução de complicações causadas pela HAS e DM;
- Estimular o compromisso de familiares e a co-responsabilização com a terapia instituída para pacientes com HAS e DM.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O trabalho aqui apresentado se desenvolveu dentro dos moldes de uma pesquisa-ação. Segundo Franco (2005) neste tipo de pesquisa a realização se dá no ambiente onde acontecem as próprias práticas. Ela ainda propicia a organização de condições de auto-formação e emancipação aos sujeitos da ação, a criação de compromissos com a formação e o desenvolvimento de procedimentos crítico-reflexivos sobre a realidade.

Por se tratar da construção de um plano de ação, onde se busca produzir conhecimentos para uma melhor compreensão dos condicionantes da práxis e assim estabelecer mudanças na qualidade de vida dos clientes atendidos, a pesquisa-ação trouxe ferramentas importantes para que os objetivos pudessem ser alcançados.

3.2 Cenário e período do estudo

O trabalho foi realizado no município de Barroquinha-CE, mais especificamente no distrito de Araras. De acordo com Brasil (2010), no último censo do IBGE, Barroquinha-CE está com uma população de 14.476 pessoas, onde a pirâmide etária revela uma população jovem e tendo um padrão que remete ao do Brasil na década de 80, com alta taxa de natalidade e baixa expectativa de vida. O município tem uma renda que gira em torno das atividades agropecuárias, de pesca e da administração pública, sendo esta responsável pela maioria dos empregos formais. Seu território está dividido em: Barroquinha (sede municipal e área de sertão), Praia de Bitupitá e distrito de Araras, onde se deu a realização desse trabalho, em outubro de 2011. A saúde é totalmente financiada pelo SUS, tendo cinco unidades básicas de saúde cadastradas na Estratégia Saúde da Família (CEARÁ, 2010).

A equipe de Saúde da Família de Araras atende, conforme cadastros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) locais, a uma população de 3.444 pessoas, sendo 870 famílias

adstritas. Atualmente são 11 micro-áreas com 100% da população assistida pela Estratégia Saúde da Família.

3.3 Participantes do estudo

Participaram da elaboração do plano de ação os membros da equipe de Saúde da Família de Araras, que é composta por 11 (onze) agentes comunitários de saúde (ACS), 01 (um) médico, 01 (uma) auxiliar de enfermagem, 01 (um) cirurgião-dentista, 01 (uma) atendente de consultório dentário e 01 (um) enfermeiro.

3.4 Percurso da elaboração do plano de ação

O plano foi baseado nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Descrito como um método de planejamento flexível e participativo, onde vários atores estão envolvidos, cada um contribuindo com um olhar diferente sobre os problemas. O PES busca pensar as potencialidades e limitações do processo, levando em conta pontos fortes e fracos, considerando as mudanças que ocasionalmente possam ocorrer, com o tempo, no ambiente (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010d).

Em um encontro da equipe de saúde previamente agendado para o início de outubro deste ano, foi conduzida uma palestra sobre o SUS e a ESF. O lema da reunião foi uma reflexão sobre as práticas enquanto profissionais da Atenção Básica nos últimos três anos. Após apresentação de dados epidemiológicos referentes à unidade de saúde de Araras, foi proposta uma discussão sobre os principais problemas de saúde percebidos pelos profissionais.

Os problemas foram elencados e selecionados conforme a prioridade estabelecida pelos membros da equipe. Com a definição do problema mais importante, foi agendado novo encontro, o intervalo entre as duas reuniões foi importante para uma melhor compreensão e descrição do problema através da literatura relacionada. No segundo momento os nós críticos foram identificados e por fim realizado todo o desenho operacional do plano de ação.

3.5 Aspectos Éticos

Toda a elaboração do Plano de Ação foi pautada nos princípios éticos regidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1996). Por se tratar do resultado discussões em grupo, os relatos dos atores do processo foram consolidados e descritos em linhas gerais, expressando a visão de todo o grupo, não havendo, dessa forma, descrição de relatos de sujeitos. Nas atividades propostas foi realizada a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, sendo garantido o princípio da beneficência. Há aqui o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Dada a relevância social do plano operacional aqui apresentado, as vantagens para aqueles atingidos por ele mostram-se significativas e não acarretam nenhum ônus para os mais vulneráveis, sendo assim mantido o sentido de sua destinação sócio-humanitária, preservados então os princípios da justiça e equidade.

4 DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO

4.1 Rastreamento de problemas

Araras é um distrito que dista cerca de 10 Km de sua Sede Municipal – Barroquinha e tem seu ano de criação datado de 1961 (CEARÁ, 2010). Possui uma unidade da Saúde da Família com uma equipe de Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e 11 agentes comunitários de saúde.

Os agravos transmissíveis mais relevantes descritos no período de 2009 a 2011, segundo registro dos atendimentos da equipe, foram: tuberculose com 03 casos hanseníase com 05 casos. As verminoses são comuns em todas as faixas etárias devido a problemas sanitários e de abastecimento de água, durante a quadra chuvosa tem-se aumento expressivo de diarreia na população.

Dentre os agravos não transmissíveis a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes mellitus* (DM) são os mais comumente encontrados, registro no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB) mostram 200 casos de HAS e 34 de DM acompanhados pelos ACS no mês de realização do plano, têm-se observado carência de informações importantes ao acompanhamento desta clientela, o que a deixa vulnerável frente a complicações causadas por esses agravos.

As principais fontes de renda são a pesca, a agricultura e os programas de distribuição de renda do Governo Federal. Mesmo vivendo em condições sócio-econômicas modestas com renda incerta, dados produzidos pelos ACS mensalmente não revelam desnutrição em menores de dois anos de idade de 2009 a outubro de 2011.

Várias informações referentes a condições de moradia, saneamento básico e consumo de água são observados em dados do SIAB de 2010. Quanto ao tipo de casa, 65,8% das famílias de Araras vivem em construções de tijolo, 28,1% em casas de taipa revestida, 5,5% em casas de taipa não revestida, 0,6% habitam outros tipos de construção como de madeira e material aproveitado. Não há no local, rede de saneamento básico, vê-se 57,3% da população utilizando a fossa como destino dos dejetos domiciliares e 42,7% lançando estes, a céu aberto. O abastecimento hídrico não é sistemático, somente 33,7% dos domicílios consomem água proveniente de pequenas adutoras que servem apenas de reservatório, não passando esta água pelas etapas de tratamento, 61% consomem água diretamente de nascentes

ou poços e 5,3% indicam outras fontes de abastecimento. O tratamento de água domiciliar é a alternativa para melhorar a qualidade hídrica, 33,2% utilizam-se da cloração, 16,2% apenas filtram a água, 3,4% ferveram a água para consumo e o restante (47,2%) consomem água sem qualquer tratamento. A coleta de lixo não é sistemática, 20,1% utilizam-se da coleta pública, 54,1% queimam ou enterram o lixo produzido em seus domicílios e 25,8% os descartam a céu aberto.

A população frequentemente se depara com problemas de acesso a serviços públicos. A microárea mais afetada com isso é a comunidade de Praia Nova, isolada por dunas que só permitem acesso com uso de veículos próprios para vencer o difícil terreno. Outras localidades sofrem com o mesmo problema em épocas de estiagem onde o solo arenoso dificulta o acesso, só em épocas de chuva com a compactação natural da areia é possível livre trânsito nessas áreas. Se para estas localidades a chuva é a solução para o acesso, para outras pode se tornar um problema: em períodos de chuva intensa lagos transbordam facilmente, isolando estradas vicinais e muitas vezes deixando domicílios ilhados.

À medida que os indivíduos se apropriam de informações sobre as relações entre as condições de vida e o processo de saúde/doença, bem como de ações de saúde implementadas pelos governos, a capacidade de mudar o meio em que está inserido é ampliada (BRASIL, 2007). É evidente que o exercício do controle social tem importância para que uma comunidade evolua no acesso a políticas públicas. A comunidade de Araras dispõe de duas cadeiras no Conselho Municipal de Saúde, contudo a experiência dos profissionais aponta para uma subutilização deste canal de gestão participativa.

Diante da realidade exposta foram elencados os problemas vistos como de maior relevância e capazes de interferir diretamente na qualidade da saúde da comunidade de Araras:

- Risco de complicações causadas pela HAS e DM;
- Saneamento básico e destino final de lixo inadequados ou inexistentes;
- Risco de contaminação por doenças de veiculação hídrica;
- Acesso prejudicado por barreiras geográficas;
- Subutilização do espaço de controle social.

4.2 Priorização de problemas

Por meio de uma discussão da equipe sobre os dados do distrito aqui mencionado, com a realização do diagnóstico situacional, foram distribuídos cinco pontos para cada membro da equipe que poderiam ser alocados conforme prioridade dentre os cinco problemas elencamos, sendo estes organizados no quadro informativo que segue:

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA*	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	ORDEM
Risco aumentado de complicações causadas pela HAS e DM	Alta	29	Compartilhada	1
Risco de contaminação por doenças de veiculação hídrica	Alta	19	Compartilhada	2
Saneamento básico e destino final de lixo inadequados ou inexistentes	Alta	15	Fora	3
Pouco interesse da população em participar do controle social na saúde	Intermediária	11	Total	4
Acesso prejudicado por barreiras geográficas	Intermediária	6	Fora	5

*Foram distribuídos 05 pontos para cada integrante da equipe = 80 pontos

QUADRO 01: Priorização dos problemas da equipe de Saúde da Família de Araras – Barroquinha-CE. Out/2011.

Respeitando a prioridade indicada pelos membros da equipe, com total de 29 pontos, o problema mais relevante para a área foi: *Risco aumentado de complicações causadas pela HAS e DM*. Tal problema foi indicado como de alta importância para a área, apesar de necessitar de ações conjuntas com outros setores para um enfrentamento mais eficiente, ações desenvolvidas pela equipe são a maioria e aquelas que surtirão maiores efeitos. Os demais problemas também têm sua importância, contudo as ações mais importantes estão mais relacionadas à interferência de outros setores ou estão totalmente fora da competência da equipe. Apenas o problema: Pouco interesse da população em participar do

controle social na saúde, foi indicado como de competência total da equipe, mas esta entendeu ser possível o trabalho de maneira paralela a outras atividades, não sendo o problema mais importante no momento.

4.3 Descrição do problema selecionado

A HAS e o DM são agravos importantes na para a assistência prestada na Atenção Básica. Segundo Ximenes Neto e Melo (2005), a HAS é numa das afecções mais comuns do mundo moderno e que atinge um grande número de pessoas, concorrendo em graves complicações, se não for tratada e controlada, é evidente que é um grande problema de saúde pública, e que merece especial relevância em todos os níveis de atenção à saúde. A importância relatada à HAS se estende ao DM, visto que têm-se compartilhadas características marcantes nos dois agravos.

Levantamento feito junto a registros da equipe de saúde de Araras, bem como na Secretaria Municipal de Saúde deram o alerta sobre a situação de acompanhamento aos portadores desses dois agravos. Comparando-se dados de 2010 e 2011, no mesmo período, foi evidenciada uma redução de cerca de 20% nas consultas a pacientes com HAS e DM. Os registros de atendimento e prontuários não indicavam avaliação de risco a que cada cliente estava exposto nem continham dados atualizados de consultas realizadas. O número de Hipertensos e diabéticos se mantinha praticamente inalterado no passar dos meses observados, o que gera uma dúvida: existem casos silenciosos que não estão sendo detectados pela equipe?

Conforme Brasil (2002), a detecção, o estabelecimento de um diagnóstico, A identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e o estabelecimento de um tratamento adequado para a HAS e o DM caracterizam-se como verdadeiros desafios para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenção imediata, pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam.

A situação instalada leva a perceber que tal clientela não está sendo acompanhada devidamente, uma vez que dados consistentes sobre a real situação de saúde destes não estão sendo gerados e acompanhados, ficam os mesmos expostos a toda sorte de complicações próprias da HAS e DM.

4.4 Explicação do problema

As complicações por HAS e DM, tem influência direta na qualidade de vida não só do paciente acometido, mas também de toda a sua família. Esses agravos podem influenciar em fatores sociais e orçamentários de uma comunidade, necessitando veemência em ações preventivas.

Em Araras percebe-se que está ocorrendo certo distanciamento entre equipe de saúde e a família dos pacientes acompanhados. Esse distanciamento acaba por prejudicar a terapia estabelecida, desfavorecendo o sucesso esperado. O envolvimento com a família e uma assistência multidisciplinar, seja por meio de ações estratégicas individuais ou coletivas, contribuem significativamente para alcançar não apenas a prevenção das complicações decorrentes da HAS e DM, mas também a promoção da saúde e a prevenção primária para a família destes pacientes. Buscando traçar uma comunicação mais eficiente, todas as orientações deverão feitas, tanto verbalmente quanto por escrito de forma clara, a fim de que sejam compreendidas pelo paciente e seus familiares, visto que a abordagem familiar é fundamental principalmente quando se trata do estímulo pela busca de hábitos de vida saudáveis (MINAS GERAIS, 2006).

Várias situações relatadas pelos profissionais da equipe mostram também que os familiares dos hipertensos e diabéticos não estão assumindo seu papel de cuidadores. O produto disso, são pacientes que não conseguem sequer tomar a medicação corretamente ou manter uma dieta adequada ao seu problema de saúde. Cabe à equipe além de orientar esses pacientes e familiares, estabelecer uma rotina de identificação de casos silenciosos de HAS e DM em familiares e na população em geral, realizar e manter atualizado cadastros de acompanhamento desses pacientes e estabelecer avaliação sistemática do risco a que estão expostos.

Estes são alguns fatores identificados como deficientes dentro da linha de cuidado à HAS e DM da equipe de Saúde da Família de Araras. Identificou-se também problemas relacionados à gestão municipal da saúde, sendo eles: falta de alguns medicamentos básicos na Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF para controle dos agravos em questão; dificuldades no estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência capaz de atender à demanda por exames e consultas com especialistas.

O produto da discussão sobre o problema proposto está sintetizado na Figura 02, que em forma de fluxograma estabelece relações entre sujeitos e atividades a serem realizadas na busca da redução dos riscos de complicações por HAS e DM em Araras.

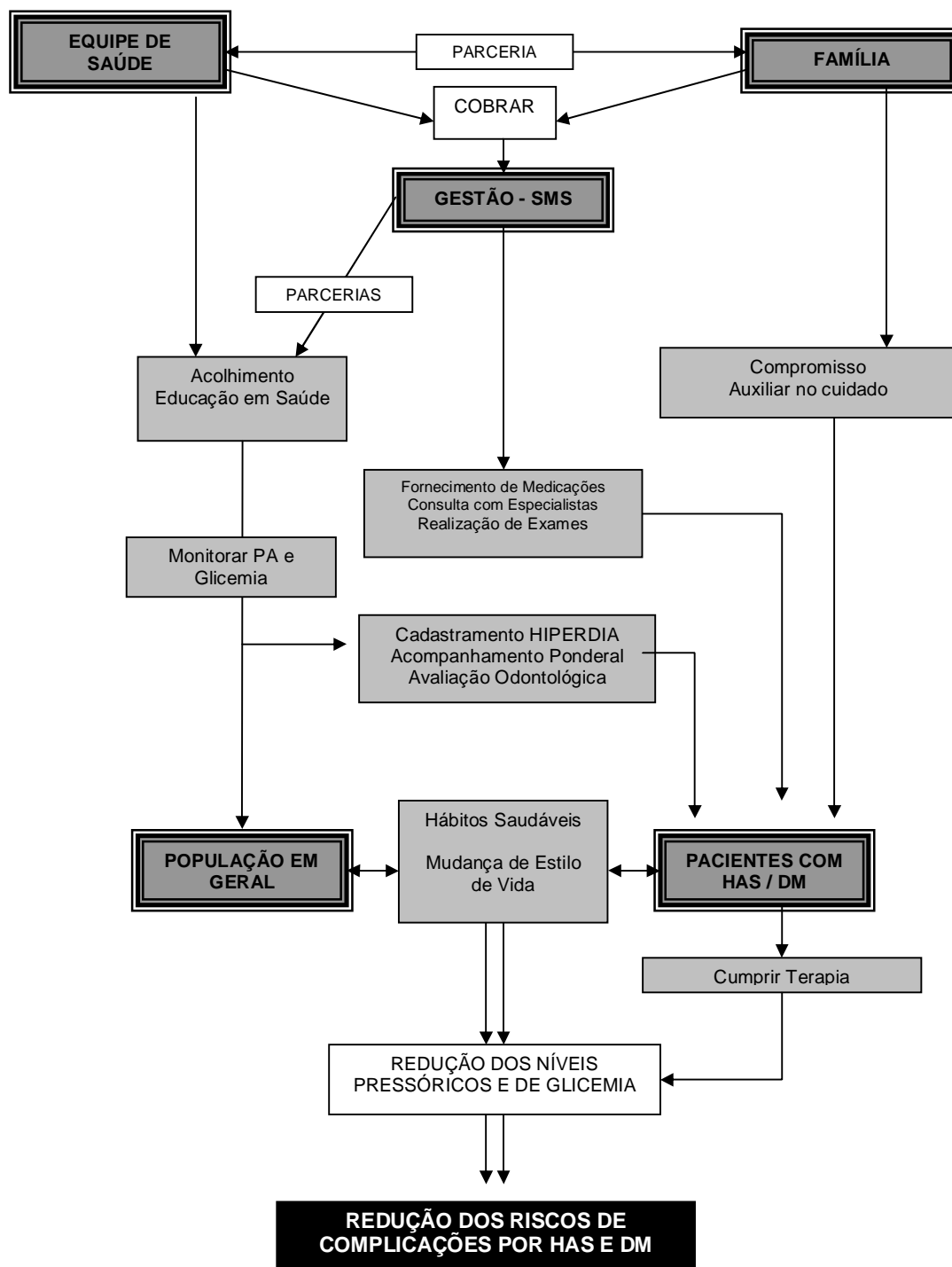


FIGURA 01: Relações entre Sujeitos e Atividades Realizadas na Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.

4.5 Seleção dos nós críticos

Uma etapa fundamental na elaboração de um plano de ação é a identificação das causas que levam ao problema. Uma vez identificadas é possível o dimensionamento e o ataque. Essas causas são tratadas aqui como nós críticos, pois o termo dá a ideia de algo que está passível de intervenção, implicando em uma transformação do problema, seu enfrentamento é viável podendo ser executado pelo ator que planeja (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010c).

Seguem os nós críticos identificados:

4.5.1 Dificuldade dos pacientes de identificar medicações e dificuldade em lembrar-se de tomar os medicamentos.

Dentre os hipertensos e diabéticos atendidos pela ESF de Araras, percebe-se a dificuldade destes em identificar as medicações utilizadas, e ainda de tomar a medicação nas quantidades e horários corretos. Essas condições podem estar associadas ao alto índice de analfabetismo nesta população, e a limitações como a baixa visão. Tais fatores podem influenciar diretamente na adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e *Diabetes mellitus*, dificultando assim o controle destes agravos.

De acordo com o estudo de Contiero *et al.* (2009), a baixa escolaridade entre hipertensos tem sido identificada em vários estudos, inclusive constituindo fator que dificulta um controle eficaz da pressão arterial.

O processo natural de envelhecimento associa-se à uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina (BRASIL, 2006c). Portanto, deve-se investigar o grau dessa deficiência, de forma, a saber, o quão este influencia na identificação da medicação e na tomada correta da mesma.

Na pesquisa realizada por Dourado *et al.* (2011) na Paraíba, os principais motivos relatados para a não adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos e diabéticos foram: 50% por esquecimento, 26,6% por ausência de sintomas; 23,3% por desmotivação, 6,7% por quantidade excessiva de medicamentos, e também 6,7% da amostra relatou ser por falta de recursos financeiros e 3,3% por conta dos efeitos colaterais.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Medeiros (2006). O “esquecimento de tomar a medicação” também foi referido por 58,3% dos 120 hipertensos, sendo que o “descuido quanto ao horário da medicação” foi o critério mais frequentemente relatado, citado por 80,0% dos entrevistados da pesquisa sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Nesse contexto cabe enfatizar que a não-adesão terapêutica é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa dos envolvidos para controle e prevenção de complicações.

4.5.2 Sedentarismo

O sedentarismo é caracterizado pela ausência de atividades físicas, e pode afetar a saúde das pessoas. Este se configura como um importante fator de risco comum ao aparecimento de diversas condições e doenças, tais como: a obesidade, a hipertensão arterial, doenças cardíacas, ansiedade e o *Diabetes mellitus*. A prática da atividade física regularmente, além de diminuir a pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. Outros benefícios podem ser alcançados, como a redução dos sintomas de dores, melhora da qualidade de vida, percepção de bem-estar e disposição.

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana, o que equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em cinco dias por semana (BRASIL, 2006c).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que os indivíduos hipertensos iniciem programas de exercício físico regular, desde que submetidos à avaliação clínica prévia. Os exercícios devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizados com frequência cardíaca entre 60% e 80%

da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio. (MONTEIRO E FILHO, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2009), pessoas que praticam atividades físicas tendem a ter o organismo forte e as doenças têm mais dificuldade de se manifestar, já o corpo com falta de estímulo vai sucumbindo, perdendo suas capacidades e funções, facilitando o aparecimento de muitas doenças, inclusive a hipertensão arterial.

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de medicações orais, ajuda na redução do peso nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Conforme Silva e Nahas (2002), as atividades aeróbicas (principalmente a caminhada), são as mais recomendadas e que oferecem maiores benefícios aos portadores de doenças tais como a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, por mobilizar grandes grupos musculares, atuarem melhorando o fluxo sanguíneo e a capacidade de realizar tarefas cotidianas, além de promover a independência e a qualidade de vida das pessoas.

Corroborando, Silva *et al.* (2011) afirmam que o efeito do exercício físico sobre os níveis de repouso da pressão arterial de grau leve a moderado é especialmente importante, uma vez que o paciente hipertenso pode diminuir a dosagem dos seus medicamentos anti-hipertensivos ou até ter a sua pressão arterial controlada, sem a adoção de medidas farmacológicas. A tendência de utilizar precocemente agentes farmacológicos foi substituída por agentes não farmacológicos, dentre estes, o exercício físico aeróbico tem sido recomendado para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica leve.

A adoção de práticas saudáveis pode ser estimulada através de grupos de caminhadas formados pelos hipertensos e diabéticos e profissionais da equipe de saúde. Além dos benefícios advindos da realização do exercício físico, tal atividade promove a troca de experiências e a interação social.

4.5.3 Dieta inadequada

Sabe-se que para o controle adequado da hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* é importante a adesão do paciente a terapêutica não medicamentosa, que tem como pilares uma alimentação saudável. No distrito de Araras, alguns fatores contribuem para a dieta inadequada da população, as condições sócio-econômicas precárias e a dificuldade em comprar alimentos *in natura*. Mesmo inseridos em uma realidade de agricultura familiar não é

hábito o plantio de leguminosas, em parte devido ao clima árido do local, o que demandaria a utilização de uma quantidade de água maior que outras culturas. Também não é comum o consumo de frutas, parte delas consideradas “reimosas”, não são ofertadas a idosos nem consumidas por pessoas com qualquer tipo de doença, visto que no imaginário popular podem causar ofensas ao organismo.

A intervenção nutricional nos programas de controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2) tem como objetivo orientar o paciente a alcançar seu peso desejável por meio da seleção dos alimentos que compõem sua dieta; manter normais os níveis sanguíneos de glicose e contribuir para a melhoria de seu estado de saúde geral, prevenindo ou retardando as complicações relacionadas à nutrição (ODALEIA, HALFOUN E GOMES, 2006).

Conforme Brasil (2006c), a dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

A terapia nutricional é ponto fundamental para o controle glicêmico, e algumas recomendações são essenciais. A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários. A ingestão diária deve conter de 50 a 60% de carboidratos, para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais. Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia. Quando consumidos, o limite é de 20 a 30g por dia de açúcar de forma fracionada e substituindo outro carboidrato para evitar o aumento calórico. O uso moderado de adoçantes não-calóricos (ciclamate, sucralose, sacarina, aspartame, acesulfame, e stévia) é seguro quando consumido em quantidades adequadas (BRASIL, 2006b).

Além das condições sociais necessárias para que o indivíduo siga essas orientações dietéticas, é imperativo que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com essa questão, a fim de orientar o melhor plano terapêutico para cada cliente, respeitando suas particularidades. A inserção do nutricionista nas atividades da estratégia de saúde da família contribuiria significativamente na abordagem desses agravos, baseando as ações em uma abordagem multidisciplinar.

4.5.4 Dificuldade de realizar exames solicitados

Um controle adequado da HAS e DM requer além da terapia não-farmacológica e farmacológica, a realização dos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a prevenção de complicações e o estabelecimento do melhor plano terapêutico. Esses exames devem ser ofertados a população, mediante avaliação do profissional de saúde. No entanto, observa-se em Araras, a não realização destes, sistematicamente devido a dificuldade dos pacientes para deslocar-se até a sede do município e pela oferta inadequada desses exames a população.

Segundo Brasil (2006b), para o adequado acompanhamento do diabetes, é fundamental o controle glicêmico, metabólico e cardiovascular do paciente, devendo este ser realizado através de exames laboratoriais com a seguinte periodicidade: hemoglobina glicada (a cada 3 meses até seu controle, após isso a cada 6 meses), glicemia de jejum (mensal), triglicérides, colesterol LDL e HDL devem ser realizados anualmente. Além desses exames, a pressão arterial deverá ser aferida a cada consulta, o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado, e orientações acerca da atividade física regular e do tabagismo devem ser dispensadas.

Em atendimento primário, o hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários: exame de urina rotina (tipo 1), dosagem de potássio, dosagem de creatinina, glicemia de jejum, hematócrito, colesterol total, LDL, HDL, triglicérides e eletrocardiograma convencional (BRASIL, 2006c).

Diante dessas informações, necessita-se elaborar estratégias que viabilizem a realização desses exames para população em estudo. Sabe-se que o manejo adequado dos casos previne o aparecimento de complicações, diminuindo a carga de sofrimento para o paciente e as famílias e otimiza os gastos em saúde.

4.5.5 Cadastro HIPERDIA desatualizado

Com a finalidade de minimizar os impactos decorrentes da HA e DM, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*, e posteriormente o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS) na atenção primária, aprovado pela Portaria GM

nº 16, de 03/01/2002, que estabelece diretrizes e metas para a reorganização da assistência desses usuários no SUS (SILVA *ET AL.* 2011).

O HIPERDIA tem como objetivos: possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde através do cadastro e atendimento desses portadores de DM e HAS; monitorar de forma contínua a qualidade clínica e o controle desses agravos e seus fatores de risco na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão para a adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais, como estimar acesso aos serviços de saúde, planejar demanda para serviços de referência, estimativa de uso de materiais, necessidade de recursos humanos e capacitações; fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da assistência farmacêutica; instrumentalizar a vigilância à saúde, fornecendo informações que permitem conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do *Diabetes mellitus*, seus fatores de risco e suas complicações na população; possibilitar o controle social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2011).

A nível municipal a responsabilidade da gestão está na execução das ações básicas de prevenção de atenção integral à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e alimentação e manutenção do cadastro e atendimento dos pacientes no sistema SISHiperDia (BRASIL, 2011).

O cadastro no programa HIPERDIA é realizado pelo preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. Por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é importante que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (CASTRO *ET AL.*, 2011).

Um dos pontos mais relevantes na seleção dos nós críticos foi a inoperância do Hiperdia na Unidade de Saúde de Araras. Anexados aos prontuários de alguns hipertensos e diabéticos estão as fichas de cadastramento do programa, no entanto, não existe nenhuma informação sobre a referida unidade de saúde no sistema Hiperdia do município. Não existindo também o preenchimento da ficha de acompanhamento e controle mensal.

A inexistência do Hiperdia atualizado da população adscrita de Araras fragiliza a atenção integral a HAS/DM dentro da equipe, pois sem as informações relativas aos fatores de

risco identificados, morbidades associadas, medicações utilizadas dentre outras não há como planejar, acompanhar e avaliar as ações para o controle da HAS/DM.

4.5.6 Detecção de novos casos deficientes

A detecção da hipertensão começa com medidas pressóricas apropriadas, as quais devem ser obtidas a cada encontro para cuidados com a saúde. As medidas repetidas da pressão arterial irão determinar se as elevações iniciais persistem e necessitam de atenção imediata ou se retornaram ao normal e necessitam apenas de vigilância periódica.

A hipertensão arterial trata-se de uma doença crônica, também conhecida como “assassina silenciosa”, pois, na maioria das vezes, não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento, fazendo com que boa parcela dos casos só conheça sua condição na ocorrência de um infarto, acidente vascular cerebral ou insuficiência renal. Com isto, torna-se relevante a aferição anual da pressão arterial. Brasil (2006c) define HAS como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão em tratamento medicamentoso. Também é importante que se considerem no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as co-morbidades associadas, ressaltando que estes valores devem ser encontrados em, pelo menos, duas aferições realizadas em momentos diferentes, em indivíduos adultos sem uso de anti-hipertensivos.

Os critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de DM são estabelecidos em Brasil (2006b) como a associação da presença dos sintomas clássicos poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”) mais resultado de glicemia casual >200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) ou glicemia de jejum >126 mg/dL ou Teste Oral de Tolerância à Glicose (TTG-75g) >200 mg/dL, neste exame o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL), pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG.

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de

complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença. Alguns fatores indicativos de maior risco são listados a seguir: idade >45 anos, sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25), obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial (>140/90 mmHg), colesterol HDL acima de 35 mg/dL e/ou triglicérides acima de 150 mg/dL (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes.

4.5.7 Ausência de medicamentos

Os medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a HAS e o DM. De acordo com Paniz *et al*, (2008), a falta de acesso a medicamentos para tratamento dessas enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária. Considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, a obtenção gratuita é, frequentemente, a única alternativa de acesso ao medicamento. Nesse contexto, o sistema público de saúde, e em particular a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolve ações que visam a acompanhar de forma sistemática os indivíduos com essas morbidades, incluindo o acesso a medicamentos essenciais.

Dentro das atividades de Assistência Farmacêutica, a programação é imprescindível e representa uma atividade chave, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população-alvo. Através da estimativa das necessidades é possível elevar o nível de acesso aos medicamentos e reduzir nível de perdas desses produtos. Há várias formas de proceder a uma estimativa técnica dessas necessidades, o perfil de morbi-mortalidade, no entanto, é o mais importante aspecto a considerar, quando se busca orientação na identificação de tais necessidades (MARIN, 2003).

Marin (2003) afirma ainda que um mecanismo importante de programação é a Programação Pactuada Integrada (PPI), que é um instrumento formalizador e de negociação entre os gestores, que integra as responsabilidades, objetivos, metas, recursos e tetos orçamentários e financeiros de todos os níveis de gestão e envolve todas as atividades do SUS, buscando a integralidade das ações. Os critérios para pactuação integrada são definidos

nas comissões Intergestora Bipartite e Intergestora Tripartite, sendo aprovados nos respectivos conselhos.

Observa-se com certa frequência no município de Barroquinha, a falta de medicamentos do programa Hiperdia, dificultando a atenção integral e resolutiva a hipertensos e diabéticos. De acordo com Brasil (2006c), os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

4.5.8 Dificuldade no agendamento de especialistas

Segundo Brasil (2006c), com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de HAS, em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência, em conformidade com o princípio de regionalização do SUS. Alguns critérios de encaminhamento para as unidades de referência são: insuficiência cardíaca congestiva (ICC), insuficiência renal crônica (IRC), angina do peito, suspeita de HAS e diabetes secundários, HAS resistente ou grave, HAS e DM em gestantes, crianças e adolescentes, infarto agudo do miocárdio prévio.

Pela maior complexidade do cuidado, os diabéticos tipo I devem ser regularmente encaminhados ao endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica (BRASIL, 2006b). Tal orientação está muito distante da realidade vivenciada em Araras, pois dificilmente o município consegue agendar uma consulta com o endocrinologista, pela Central de marcação de consultas.

Além de potencializar os riscos de complicações para os pacientes, os princípios da integralidade da assistência e da regionalização do SUS deixam de ser cumpridos, marginalizando direitos da população.

De acordo com a pesquisa de Medeiros (2006) realizada em João Pessoa, Paraíba (PB), quanto aos serviços de referência, 68 (56,7%) usuários referiram ter dificuldades quando encaminhados para serviços de média e alta complexidade. As dificuldades referidas pelos 68 entrevistados foram: demora em conseguir exames ou consultas especializadas em 39,7% dos casos, burocracia em 19,1% dos casos, dificuldades de transporte até o serviço em 17,6%, problemas no serviço de referência em 4,4% casos, problemas no agendamento em 1,5%, exames de alto custo em 1,5% e 16,1% citaram outras causas.

A realidade de João Pessoa, não se distancia do município de Barroquinha. A atenção primária identifica os problemas, encaminha quando julga necessário, mas há um entrave muito grande na entrada da atenção secundária. Poucos especialistas para demandas tão grandes, dificuldades de transportes para os pacientes, vistos que os atendimentos especializados são realizados em municípios pólos distantes, como Sobral. Além da inexistência da contra-referência, dificultando à assistência integral a saúde da população.

4.5.9 Deficiência de ações de educação em saúde

A educação em saúde constitui-se em uma ferramenta essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade. A ação educativa na atenção primária estabelece-se a partir de programas, ou estão ligadas às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando fortemente as atividades que os profissionais de saúde realizam no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários (DIAS, SILVEIRA e WITT, 2009).

Devido a grande demanda de deslocamentos semanais para as microáreas existente da Unidade de Saúde de Araras, e a ausência de profissionais qualificados, as ações de educação em saúde muitas vezes passam ao largo das atividades programadas pela equipe.

De acordo com Melo *et al* (2011) entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Dessa forma, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individuais.

Na abordagem de pacientes hipertensos e diabéticos, para uma boa adesão do plano terapêutico é necessário o estímulo de atitudes positivas em relação à adoção de hábitos saudáveis que auxiliem no controle adequado da doença. É fundamental que os usuários tenham conhecimento acerca de sua doença, das medidas de controle, formas de tratamento, prevenção de complicações e ações voltadas para o autocuidado. Para tanto, a educação em saúde assume papel relevante na construção desses saberes, à medida que favorece a mudança de comportamentos individuais.

As ações de educação em saúde devem ser realizadas a partir da realidade da comunidade, trazendo informações que interessem a população através de uma linguagem clara e acessível. Para a educação efetiva em diabéticos e hipertensos é necessário assegurar à

equipe de saúde treinamento, conhecimento atualizado, habilidades de comunicação, escuta e compreensão, bem como capacidade de negociação com os usuários de saúde.

Segundo Dias, Silveira e Witt (2009), o trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença com autonomia e auxiliando no desenvolvimento de ferramentas para o autocuidado.

O trabalho de orientação e esclarecimento pode ser realizado em grupos de hipertensos, nos quais se recomenda, sempre que possível, desenvolver atividades que envolvam familiares desses indivíduos (CONTIERO *et al*, 2009).

4.5.10 Descaso das famílias com os pacientes com HAS e DM

As doenças crônicas apresentam como peculiaridades marcantes, a duração e o risco de complicações que exige um rigoroso esquema de controle e cuidados permanentes em função das possíveis sequelas, que podem provocar incapacidades funcionais, colocando em evidência o papel da família e, mais especificamente, o do cuidador familiar, no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado doméstico. É neste contexto que se evidencia a necessidade de participação da família para dar suporte às dificuldades encontradas pelos idosos, para que os mesmos não abandonem o tratamento, já que a vida em família influencia a promoção da saúde de seus membros (CONTIERO *et al*, 2009).

Para muitos hipertensos e diabéticos, a falta de suporte familiar é fator limitante na manutenção de sua saúde. Muitos apresentam limitações inerentes à idade e precisam de apoio para realizar suas atividades da vida diária, esse apoio deve ser prestado por familiares, contudo é importante a definição de um cuidador. A inexistência desse suporte prejudica a adesão terapêutica das morbidades estudadas.

Segundo Brasil (2008), cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha.

4.5.11 Acolhimento na UBS deficiente

Dentre os parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica está a organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade de resolubilidade (BRASIL, 2006d).

O problema do acesso às consultas, por demora e longas filas, associado à precariedade dos serviços nas unidades de saúde, e à baixa resolubilidade são capazes de prejudicar adesão do paciente ao tratamento. Em muitas situações dentro da unidade de saúde de Araras, encontram-se clientes insatisfeitos com o tempo de espera principalmente por consultas médicas. Percebe-se o acolhimento em seu sentido mais restrito, como o simples gesto de recepcionar bem os pacientes.

Segundo Brasil (2006d) acolhimento ultrapassa o ato de recepcionar os pacientes, deve ser realizado desde a sua chegada ao serviço até a saída, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

4.5.12 Etilismo e tabagismo

Associa-se o risco do tabagismo ao número de cigarros fumados e à profundidade das inalações. Índícios revelam ser maior em mulheres do que em homens. Resultados de monitoramento da pressão arterial de pacientes mostram que a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Dessa forma, os hipertensos fumantes devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006c).

Conforme Brasil (2006e), a recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo particularmente útil na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Pacientes diabéticos devem ter especial atenção por terem potencializados os efeitos sobre órgãos alvo. Diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para o abandono

do tabagismo. A farmacoterapia melhora, de maneira clinicamente importante, a cessação do hábito de fumar. Para o sucesso do tratamento, entretanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar.

O álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da hipertensão arterial, visto que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente. Portanto, a redução do seu consumo é uma das principais medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da hipertensão (CONTIERO *et al*, 2009).

Para o diabético a ingestão de álcool, quando consumido, deve ser moderada e de preferência com as refeições. É aceitável um limite diário é de uma a duas doses, isto é, 10-20g de álcool/dia. Um copo (90ml) de vinho contém 1,1 doses, uma lata de cerveja (350ml) 1,7 doses, e uma dose (35ml) de destilados 2 doses de álcool. Pacientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico devem ser estimulados a não ingerir bebidas alcoólicas.

Infelizmente não existem números indicando a quantidade de pacientes etilistas ou tabagistas acompanhados que pela equipe de Araras, problema que pode ser sanado com a implementação deste plano de ação e atualização dos cadastros do Hiperdia. O problema foi indicado por conta de relatos dos ACSs que através da observação dos hábitos de vida de sua clientela adscrita.

4.5.13 Falta de tensiômetros adequados a pacientes com diferentes compleições físicas e manutenção deficiente dos aparelhos existentes

Para um acompanhamento adequado dos níveis pressóricos dos usuários, faz-se necessário a utilização de tensiômetros com manguitos adequados a cada faixa etária e, estes ainda devem ser calibrados regularmente. A Unidade da Saúde de Araras dispõe apenas de um esfigmomanômetro para aferição da pressão arterial. E ainda não são realizadas manutenções periódicas destes, o que certamente interfere nos valores pressóricos encontrados na população.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o tamanho do manguito, que deve ter suas dimensões apropriadas à circunferência do braço dos diferentes usuários.

Minimiza também os erros o uso da técnica padronizada e equipamento estar devidamente calibrado, além do preparo adequado do paciente.

4.6 Desenho das operações

Realizar o desenho das operações é o momento de estabelecer todas as ações que são capazes de alterar a situação apresentada com os nós críticos. Os problemas anteriormente apresentados retratam a realidade percebida pelos profissionais da equipe de saúde de Araras, como capazes de interferir nos cuidados prestados potencializando os riscos inerentes à HAS e ao DM. A operacionalização foi estruturada sempre buscando ações dentro da governabilidade da equipe ou da Secretaria Municipal de Saúde, que fossem factíveis e coerentes com a realidade do distrito. Segue quadro com resultado:

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS
Dificuldade dos pacientes de identificar medicações e dificuldade em lembrar-se de tomar os medicamentos.	Caixinhas Terapêuticas Instituir estratégias para facilitar identificação e visualização das medicações em uso e horários de administração.	Adesão eficaz à terapia medicamentosa prescrita.	-Oficina para confecção de caixinhas personalizadas para as medicações com identificação dos horários através de símbolos escolhidos pelos pacientes.
Sedentarismo	Moviment' Ação Orientar e implementar a prática de atividades físicas adequadas à situação de cada indivíduo.	Melhora da capacidade física e cardiorrespiratória e consequente redução dos níveis pressórico e glicêmico.	- Grupo de Caminhada Matinal; - Encontro semanal para o Forró da Melhor Idade. - Programa de Atividade Física Domiciliar com Fisioterapeuta.
Dieta inadequada	Cuidados à mesa Orientar Alimentação Saudável adequada a cada indivíduo.	Estímulo à ingestão balanceada de alimentos, prevenindo obesidade e mantendo adequados níveis pressórico e glicêmico.	- Curso de cultivo de hortaliças com manutenção de banco de sementes. - Oficina de Alimentação Saudável. - Avaliação Ponderal e Nutricional Sistemática.

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS
Dificuldade de realizar exames solicitados.	Check-Up Facilitar acesso a exames laboratoriais de rotina importantes ao acompanhamento da HAS e DM.	Manejo adequado de casos de HAS e DM, antecipando-se a possíveis complicações.	- Cronograma personalizado de solicitação de exames conforme fatores de risco. - Laboratório itinerante (com coleta no mínimo mensal).
Deteção de novos casos deficiente.	Rastreamento Identificar casos silenciosos de HAS e DM.	Identificação de hipertensos e diabéticos assintomáticos com instituição precoce de terapêutica.	- Campanhas de verificação de PA e glicemia em massa semestralmente. - Busca ativa de indivíduos susceptíveis.
Cadastro HIPERDIA desatualizado.	HIPERDIA Cadastrar todos os pacientes acompanhados por HAS e DM no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS), garantindo acompanhamento constante.	Gestão do Cuidado com monitoramento de forma contínua da qualidade clínica e do controle de agravos e seus fatores de risco, fornecendo informações gerenciais para se conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do <i>Diabetes mellitus</i> .	- Cronograma de avaliação e cadastramento de hipertensos e diabéticos por microárea. - Alimentação semanal do Sistema com informações de acompanhamento dos pacientes.
Ausência de medicamentos.	É Melhor Prevenir e Remediar! Garantir fornecimento constante da medicação básica associada ao acompanhamento de HAS, DM e suas complicações.	Manutenção adequada e ininterrupta da terapia medicamentosa.	- Programação com base no perfil epidemiológico da HAS e DM do distrito, para compor PPI de Medicamentos Municipal. - Proposta de Licitação para resguardar possíveis falhas no fornecimento pela PPI. - Controle de estoque e dispensação de medicações na farmácia da unidade tendo em vista o uso racional e redução de desperdícios.

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS
Dificuldade no agendamento de especialistas.	<p>Atenção Especial</p> <p>Viabilizar acesso às consultas com especialistas.</p>	Assistência integral ao hipertenso e diabético.	<ul style="list-style-type: none"> - Programação com base no perfil epidemiológico da HAS e DM do distrito, para compor PPI Ambulatorial Municipal. - Carta de recomendação ao Conselho Municipal de Saúde para acompanhar investimentos com transportes de pacientes.
Deficiência de ações de educação em saúde	<p>+ Saber +Saúde</p> <p>Introduzir na rotina de trabalho da equipe, ações voltadas para educação e saúde.</p>	Ascensão do nível de conhecimento da população acerca de HAS e DM, desencadeando mecanismos de defesa e reduzindo a vulnerabilidade aos riscos.	<ul style="list-style-type: none"> - Palestras e oficinas com grupos de hipertensos, diabéticos e seus familiares. - Utilização de espaços públicos e sociais para disseminação de conhecimentos. - Reconhecimento da consulta e da visita domiciliar como momento pedagógico.
Descaso das famílias com os pacientes com HAS e DM.	<p>Cuidados em Família</p> <p>Despertar nos familiares o interesse no cuidado e a co-responsabilização com hipertensos e diabéticos.</p>	Melhora nas relações familiares e na qualidade de vida dos pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem familiar na terapia. - Oficina de cuidados básicos domiciliares a pacientes com algum grau de dependência.
Acolhimento na UBS deficiente.	<p>Acolher</p> <p>Organizar o acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica.</p>	Garantia de uma atenção humanizada e resolutive.	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção baseada nos princípios da Política Nacional de Humanização. - Envolvimento de toda a equipe no processo de acolher.

NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS
Etilismo e tabagismo.	<p>Nem mais um Trago!</p> <p>Desestimular o hábito de consumo de álcool e tabaco na população em geral, especialmente naqueles acometidos por HAS e DM.</p>	<p>Conscientização acerca dos prejuízos causados pelo etilismo e tabagismo à saúde e relação direta com aumento dos riscos de complicações da HAS e DM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento do número de etilistas e tabagistas entre hipertensos e diabéticos atendidos. - Palestra para desestímulo do consumo de cigarro e álcool. - Inclusão de orientações sobre riscos do consumo de cigarro e álcool em todas as consultas de HAS e DM.
Falta de tensiômetros adequados a pacientes com diferentes compleições físicas e manutenção dos aparelhos existentes.	<p>Pressão Certa</p> <p>Empenhar-se a garantir aferição de pressão arterial conforme indicada pelo MS aos pacientes com HAS e DM.</p>	<p>Confiabilidade dos resultados obtidos da PA de pacientes acompanhados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tensiômetros adequados ao perfil pômbero-estatural dos pacientes acompanhados. - Aplicação de técnica padronizada pelo MS para aferição de PA. - Solicitação à SMS de visita sistemática de técnico qualificado para manutenção dos tensiômetros. - Registro em livro de ata do relatório da visita do técnico com identificação dos equipamentos aferidos.

QUADRO 02: Quadro do Desenho das Operações Relacionadas à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.

4.7 Identificação recursos críticos

Todo processo de transformação da realidade consome, com maior ou menor intensidade, alguns tipos de recursos. Contudo, a extensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. São

denominados Recursos Críticos aqueles indispensáveis à execução da operação e que não estão disponíveis ao uso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Dessa forma foi construído o seguinte quadro para visualização dos recursos críticos que serão consumidos em cada projeto:

OPERAÇÃO / PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Caixinhas Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Político</u>: Articulação com comerciantes locais para aquisição de caixas. - <u>Econômico</u>: Aquisição de material para personalização das caixas, como tinta, tesouras, pincel, cola etc. - <u>Político</u>: Articulação com Secretaria de Agricultura para disponibilização de profissional para curso proposto.
Moviment'Ação	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Disponibilização de profissional fisioterapeuta pela SMS. - <u>Político</u>: Conseguir equipamento de som e espaço para a reunião próprio para dançar forró.
Cuidados à mesa	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Econômico</u>: Compra de material para banco de sementes. - <u>Político</u>: Articulação com Secretaria de Agricultura para disponibilização de profissional para curso proposto.
Check-Up	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Agendamento de coleta mensal no distrito com laboratório que já presta serviços. - <u>Cognitivo</u>: Estudo do protocolo de classificação de risco do MS.
Rastreamento	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Incluir as atividades propostas como prioridade no cronograma de ações da unidade.
HIPERDIA	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Incluir as atividades propostas como prioridade no cronograma de ações da unidade.
É Melhor Prevenir e Remediar!	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Político</u>: Negociar inclusão das propostas da equipe na Programação Farmacêutica da SMS. - <u>Organizacional</u>: Estabelecer rotina de controle de estoque e boas práticas na dispensação de medicamentos. - <u>Econômico</u>: Aquisição de impressos próprios para controle de estoque.
Atenção Especial	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Político</u>: Negociar inclusão da proposta da equipe na Programação Ambulatorial da SMS. - <u>Político</u>: Encaminhar carta ao Cons. Municipal de Saúde.
+Saber +Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Político</u>: Criar vínculo com organizações sociais para utilização do espaço para palestras de avisos em geral. - <u>Cognitivo</u>: Reestruturar conhecimentos clínicos para inclusão da prática pedagógica na rotina de atendimento.

OPERAÇÃO / PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Cuidados em Família	- <u>Cognitivo</u> : Ampliar conhecimentos sobre abordagem familiar e cuidados domiciliares.
Acolher	- <u>Organizacional</u> : Reeditar o acolhimento da unidade com ampliação dos atores. - <u>Cognitivo</u> : Ampliar conhecimentos sobre a Pol. Nac. de Humanização.
Nem mais um Trago!	- <u>Organizacional</u> : Incluir as atividades propostas como prioridade no cronograma de ações da unidade.
Pressão Certa	- <u>Econômico</u> : Compra de tensiômetros adequados pela SMS. - <u>Econômico</u> : Contratação de empresa/técnico com qualificações para realizar manutenção dos equipamentos. - <u>Organizacional</u> : Registro das manutenções realizadas.

QUADRO 03: *Quadro de Identificação de Recursos Críticos Relacionados à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.*

4.8 Análise da viabilidade do plano

O plano foi elaborado sempre tendo em vista a realidade do distrito de Araras, através de ações factíveis. O delineamento das propostas aponta para que seja logrado êxito no que se refere à redução dos riscos causados pela HAS e DM na população local.

Com o apoio das forças políticas, das Secretarias Municipais, das organizações sociais locais, da comunidade e familiares dos hipertensos e diabéticos percebe-se que esse Plano de Ação é perfeitamente viável. Devido à magnitude do problema em questão e não tendo este, impacto financeiro considerável no orçamento público os atores envolvidos nas ações mostram-se favoráveis à sua execução.

4.9 Elaboração e Gestão do plano operativo

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
1 - Oficina para confecção de caixinhas personalizadas para as medicações com identificação dos horários através de símbolos escolhidos pelos pacientes.	1 - ESF de Araras em parceria com Secretaria de Ação Social.	Até 01 mês da aprovação do projeto.			

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
<p>1 - Grupo de Caminhada Matinal;</p> <p>2 - Encontro semanal para o Forró da Melhor Idade.</p> <p>3 - Programa de Atividade Física Domiciliar com Fisioterapeuta.</p>	<p>1 - Enfermeiro e ACSs.</p> <p>2 - ESF em parceria com Coord. Grupo da Melhor Idade (Ação Social)</p> <p>3 - Fisioterapeuta (SMS).</p>	De 02 a 03 meses da aprovação do projeto.			
<p>1 - Curso de cultivo de hortaliças com manutenção de banco de sementes.</p> <p>2 - Oficina de Alimentação Saudável.</p> <p>3 - Avaliação Ponderal e Nutricional Sistemática.</p>	<p>1 - ESF em parceria com Secretaria de Agricultura.</p> <p>2 e 3 - Enfermeiro e Médico da ESF.</p>	Entre 04 e 05 meses da aprovação do projeto.			
<p>1 - Cronograma personalizado de solicitação de exames conforme fatores de risco.</p> <p>2 - Laboratório itinerante (com coleta no mínimo mensal).</p>	<p>1 - Médico da ESF.</p> <p>2 - SMS de Barroquinha.</p>	<p>1 - Imediato.</p> <p>2 - Até 03 meses da aprovação do projeto.</p>			
<p>1- Campanhas de verificação de PA e glicemia em massa semestralmente.</p> <p>2 - Busca ativa de indivíduos susceptíveis.</p>	<p>1 e 2- Equipe de Enfermagem da ESF.</p>	<p>1- Semestral</p> <p>2- Imediato</p>			

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
1- Cronograma de avaliação e cadastramento de hipertensos e diabéticos por microárea. 2 - Alimentação semanal do Sistema com informações de acompanhamento dos pacientes.	1 e 2 - ESF de Araras. 1 e 2 - ESF de Araras.	Imediato			
1- Programação com base no perfil epidemiológico da HAS e DM do distrito, para compor PPI de Medicamentos Municipal. 2 - Proposta de Licitação para resguardar possíveis falhas no fornecimento pela PPI. 3 - Controle de estoque e dispensação de medicações na farmácia da unidade tendo em vista o uso racional e redução de desperdícios.	1 e 2 - ESF de Araras. 3 - Agente administrativo responsável pela farmácia.	1 e 2 - 01 mês antes da data agendada para elaboração de PPI e processos licitatórios pela SMS. 3 - Imediato, após fornecimento de impressos específicos pela SMS.			
1- Programação com base no perfil epidemiológico da HAS e DM do distrito, para compor PPI Ambulatorial Municipal.	1 e 2 - ESF de Araras.	Imediato			

<p>2 - Carta de recomendação ao Conselho Municipal de Saúde para acompanhar investimentos com transportes de pacientes.</p>	<p>1 e 2 - ESF de Araras</p>	<p>Imediato</p>			
<p>1- Palestras e oficinas com grupos de hipertensos, diabéticos e seus familiares. 2 - Utilização de espaços públicos e sociais para disseminação de conhecimentos. 3 - Reconhecimento da consulta e da visita domiciliar como momento pedagógico.</p>	<p>1 e 3 - Enfermeiro, Dentista e Médico da ESF. 2 - ESF de Araras.</p>	<p>1 - 04 meses após aprovação do projeto. 2 e 3 - Imediato</p>			
<p>1 - Abordagem familiar na terapia. 2 - Oficina de cuidados básicos domiciliares a pacientes com algum grau de dependência.</p>	<p>1 e 2 - Enfermeiro, Dentista e Médico da ESF.</p>	<p>1 - Imediato 2 - 05 meses após aprovação do projeto.</p>			
<p>1- Atenção baseada nos princípios da Política Nacional de Humanização. 2 - Envolvimento de toda a equipe no processo de acolher.</p>	<p>1e 2 - ESF de Araras.</p>	<p>Imediato</p>			

PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
<p>1- Levantamento do número de etilistas e tabagistas entre hipertensos e diabéticos atendidos.</p> <p>2 - Palestra para desestímulo do consumo de cigarro e álcool.</p> <p>3 - Inclusão de orientações sobre riscos do consumo de cigarro e álcool em todas as consultas de HAS e DM.</p>	<p>1- ACSs.</p> <p>2 - ESF de Araras.</p> <p>3 - Enfermeiro, Dentista e Médico da ESF.</p>	<p>1 e 3- Imediato</p> <p>2 - 06 meses após aprovação do projeto.</p>			
<p>1- Tensiômetros adequados ao perfil pândero-estatural dos pacientes acompanhados.</p> <p>2 - Aplicação de técnica padronizada pelo MS para aferição de PA.</p> <p>3 - Solicitação à SMS de visita sistemática de técnico qualificado para manutenção dos tensiômetros.</p> <p>4 - Registro em livro de ata do relatório da visita do técnico com identificação dos equipamentos aferidos.</p>	<p>1- SMS de Barroquinha.</p> <p>2 - Equipe de Enfermagem e Médico.</p> <p>3 e 4 - ESF de Araras.</p>	<p>1 e 3 - aguardar próximo processo licitatório da Prefeitura Municipal.</p> <p>2 - Imediato</p> <p>4 - Aguardar início das visitas do técnico.</p>			

QUADRO 04: Quadro de Elaboração e Gestão do Plano Operativo Relacionado à Busca da Redução dos Riscos de Complicações por HAS e DM em Araras – Barroquinha-CE. Out/ 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente Plano de Ação contribuiu para que fossem identificados processos falhos no cuidado prestado aos hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe de Saúde da Família de Araras. Mesmo convivendo diariamente com essa clientela percebe-se através de um processo de reflexão e cognição sobre as práticas aplicadas ao cuidado, que haviam várias brechas responsáveis pelo enfraquecimento da assistência dispensada.

A cada fase a surpresa de que muito ainda necessitava ser feito despertou a vontade de repetir a experiência em outras linhas de cuidado. Compreende-se que foi de extrema importância essa avaliação paulatina com planejamento mútuo, pois além de ter a certeza da contribuição na melhoria da qualidade de vida dos clientes em questão, com consequente redução dos riscos associados à HAS e ao DM, o processo resultou em um amadurecimento profissional e pessoal de cada membro e da equipe como um todo, contribuindo para uma postura ainda mais coesa.

A conclusão deste trabalho eleva à condição de cuidador cada um que, direta ou indiretamente, colaborou ou há de colaborar com seu êxito. Mesmo na simplicidade de ações com baixo teor tecnológico, objetiva-se lutar para construir uma Atenção Básica de qualidade, calcada nos princípios do SUS e iluminada por uma visão humanitária onde a dignidade do ser humano é reconhecida como o maior bem a ser alcançado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistemas de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica**. 2011. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 31 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (c)

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3ª Ed. Brasília 2006 (d). Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

_____. 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. 56 p. (e)

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. 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: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução Nº 196/96**. Brasília (DF); 1996.

CASTRO, N.G. *et al.* HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. **Cad. Pesq., São Luís**, v. 17, n. 2, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/249/181> Acesso em: 01 de Nov. 2011.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil Básico Municipal: Barroquinha**. Fortaleza, 2010.

CONTIERO A.P. *et al.* Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):62-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>. Acesso em: 31 de out. 2011.

DIAS, V. P; SILVEIRA, D.T; WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/330/205>. Acesso em: 23 de out. 2011

DOURADO, C.S. *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá (PR), v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708/7708>. Acesso em: 23 de out, 2011

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

MARIN, N. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MEDEIRO, A.R.C. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de saúde da família de João Pessoa – PB**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoamirarose.pdf>. Acesso em: 24 de out. 2011.

MELO, M. C. *et al.* A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031&lng=en&nrm=is>. access on 12 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800031>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MONTEIRO, M.F; FILHO, D.C.S. Exercício físico e o controle da pressão arterial **Rev Bras Med Esporte**. Vol. 10, Nº 6 – Nov/Dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf> Acesso em: 31 de out. 2011

ODALEIA, B. A; HALFOUN, V. L. R. B; GOMES, R. C. F. Contribuição da intervenção nutricional no tratamento da hipertensão arterial: experiência de uma equipe interdisciplinar. **Rev. Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro (RJ) v.1, nº 4, jan / mar 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/31>. Acesso em: 23 de out. 2011.

PANIZ, V. M. V. *et al* . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2011.

SILVA, D.B. *et al*. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Rev. bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza (CE), 24(1): 16-23, jan./mar., 2011.

SILVA, D. K. S; NAHAS, M.V. Prescrição de exercícios físicos para pessoas com doença vascular periférica. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília** v. 10 n. 1 p. janeiro 2002. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/416/469>. Acesso em: 31 de out. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

_____. **Sedentarismo aumenta risco de hipertensão**. 2009. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/releases.asp?id=25>. Acesso em: 10 de Nov. 2011. ??? NÃO ENCONTREI NO TEXTO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Fortaleza, 2010 (a). Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/. Acesso em: 06 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Avaliação na EaD online**. Fortaleza, 2010 (b). Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/. Acesso em: 06 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Planejamento em saúde**. Fortaleza, 2010 (c). Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_01/. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. Curso de especialização em saúde da família. **Planejamento Estratégico Situacional - PES**. Fortaleza, 2010 (d). Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/plan_aval/aula_02/ Acesso em: 15 out. 2011.

XIMENES NETO, F.R; MELO, J. R. Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária em Saúde- Uma Análise das Práticas do Enfermeiro. **Enfermería Global**, 154 Espanha, n. 6, p. 1, maio 2005. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c9b9ed73c8e2.pdf. Acesso em: 13 out. 2011.