

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

OMAR MATAMORO LAHERA

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VICENTE
DE PAULA PEREIRA NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGO DAS
DORES, MINAS GERAIS**

IPATINGA /MINAS GERAIS

2016

OMAR MATAMORO LAHERA

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VICENTE
DE PAULA PEREIRA NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGO DAS
DORES, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Daniela Coelho Zazá

IPATINGA /MINAS GERAIS

2016

OMAR MATAMORO LAHERA

**PLANO DE AÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VICENTE
DE PAULA PEREIRA NO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGO DAS
DORES, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Daniela Coelho Zazá – orientadora (colaboradora externa)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

Dedico este trabalho:

A minha querida esposa Nery e a minhas filhas Yaremis e Yaylenis, pelo carinho, companheirismo e paciência.

Aos meus pais Orestes e Sara, que não mediram esforços para me ajudar a concretizar mais esta etapa, sobretudo a minha mãe que sempre foi meu porto seguro, com seu extraordinário exemplo de amor de luta e dedicação que deixaram saudades.

Aos meus irmãos que sempre me deram força para continuar e por serem torcedores do meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre comigo me iluminando me abençoando em todos os momentos, pois sem ele minha vitória não seria completa.

A minha orientadora professora Daniela Coelho Zazá, pela oportunidade em compartilhar o seu conhecimento, pela confiança e compreensão.

À coordenação e a todos os professores do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, que possibilitaram a realização deste sonho.

A todos os pacientes que participaram deste estudo.

A minha colega Hozana, pela colaboração e grande ajuda.

A equipe da UBS, por ter me permitido realizar este estudo, e ter me recebido tão bem.

A toda minha família, e de modo geral a todos que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

Após diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira observou-se alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira no município de São Domingos das Dores, MG. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento do plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: estilos de vida inadequados; falta de capacitação da equipe; subnotificação de hipertensos e diabéticos e; tratamentos irregulares ou abandono deste. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “mudança já” para modificar estilos de vida; “equipe capacitada” para capacitação da equipe de saúde; “busca ativa” para busca ativa de usuários com hipertensão e diabetes e; “saúde em ação” para incentivar a manutenção do tratamento. Espera-se com esse plano de ação instigar mudanças na vida dos usuários com hipertensão e diabetes, proporcionando melhor qualidade de vida aos mesmos, além de capacitar melhor a equipe para atuar com essas patologias.

Palavras chave: Hipertensão, Diabetes, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

After situational diagnosis of the coverage area of the family health team Vicente de Paula Pereira it was verified that there is a high prevalence of hypertension and diabetes. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to monitoring of hypertensive and diabetic users of the coverage area of family health team Vicente de Paula Pereira in the municipality of São Domingos das Dores, MG. The methodology is carried out in three stages: Implementation of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: inadequate lifestyles; lack of staff training; underreporting of hypertensive and diabetic users and; irregular treatment or its abandonment. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects “change now” to modify lifestyles; “knowledgeable staff” in order to qualify the health team “active search” for active search for users with hypertension and diabetes and; “health action” to encourage the maintenance treatment. It is hoped that this action plan instigate changes in the lives of users with hypertension and diabetes, providing better quality of life to them, in addition to better capture team to work with these pathologies.

Keywords: Hypertension, Diabetes, Primary health care.

LISTA DE LUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira	13
Quadro 2	Descritores do problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)”	21
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados	22
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados	23
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos	24
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	25
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Aspectos gerais do município de São Domingos das Dores, Minas Gerais	10
1.2	O sistema local de saúde	11
1.3	Definição dos problemas locais de saúde	13
1.4	Priorização dos problemas de saúde	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo geral	16
3.2	Objetivos específicos	16
4	METODOLOGIA.....	17
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	18
5.2	Diabetes Mellitus	19
6	PLANO DE AÇÃO.....	21
6.1	Descrição do problema selecionado	21
6.2	Explicação do problema	21
6.3	Seleção dos nós críticos	21
6.4	Desenho das operações	22
6.5	Identificação dos recursos críticos	23
6.6	Análise da viabilidade do plano	24
6.7	Elaboração do plano operativo	24
6.8	Gestão do plano	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de São Domingos Das Dores, Minas Gerais

São Domingos das Dores é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais. De acordo com o censo de 2010 contava com uma população de 5.408 habitantes (2.748 homens e 2.660 mulheres) e a estimativa para 2015 era de 5.661 habitantes. O município tem área de 60.865 km², densidade populacional de 88,85 hab/km² e está a 294 km distante da capital Belo Horizonte (IBGE, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Domingos das Dores era de 0,638 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (IBGE, 2015).

A economia de São Domingos das Dores em Minas Gerais possui como principais setores econômicos a Agropecuária e o Serviço. Existem muitos produtores de café, produtores de leite, trabalhadores rurais, servidores públicos Municipais e Estaduais, comerciantes, beneficiários do Programa Bolsa Família e estudantes.

Na zona urbana o comércio desenvolve-se pela venda de roupas e alimentos, conta com mercearias, bares, pensões e lojas. Existe uma maior concentração populacional na região urbana onde os indivíduos são afetados, principalmente, por agravos crônicos como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, obesidade, sedentarismo, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas associadas ao hábito de fumar. As principais causas de morte são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias crônicas. O câncer não representa um problema de saúde porque são poucos os casos reportados, além disso, temos um trabalho bem feito na prevenção de câncer de mama e de colo uterino.

Na zona rural é possível verificar condições precárias de moradia e falta de saneamento básico, o que leva a um aumento das doenças infectocontagiosas. Nessas regiões é elevado o número de doenças parasitárias da pele e do trato gastrointestinal. Existem muitas ruas sem pavimentação, além de estradas e pontes

em más condições, o que dificulta o acesso da população a Unidade Básica de Saúde.

São Domingo Das Dores possui grupos de grande interação com a comunidade tais como pastoral da criança, associação São Vicente de Paula, associações de bairro, sindicato dos trabalhadores rurais, sindicato do Servidor Público Municipal, Igrejas, Centro Comunitário, Clubes Sociais e recreativos, entre outros.

1.2 O sistema local de saúde

O Município de São Domingo das Dores aderiu à Estratégia Saúde da Família há 14 anos. A Unidade Básica de Saúde Dona Jupiará conta atualmente com duas equipes de saúde da família e cobre 88% da população. Além disso, a população conta com o atendimento de um Centro de Saúde que presta serviço a toda a população do município, o que eleva a cobertura de Atenção Primária para 100%.

O Centro de Saúde atende toda a demanda espontânea da população em geral, e o atendimento ocorre de forma integral, pois o centro conta com especialidades médicas como pediatras, clínicos gerais, ginecologistas, psiquiatras, geriatras, além de outros profissionais que contribuem para garantir um melhor atendimento à população. Neste Centro realizam-se atividades educativas de promoção da saúde, como por exemplo, os grupos operativos para tabagistas, idosos com agravos como DM e HAS, gestantes, além da prevenção de doenças infectocontagiosas e doenças sexualmente transmissíveis.

O município possui quatro distritos que são Córrego de Belém, Córrego de Ferrugem, Bairro Centro e Bairro das Oliveiras, e cada um destes tem uma equipe de saúde da família completa que atua nas zonas rurais e às vezes com as populações mais afastadas que necessitam das visitas domiciliares para um melhor atendimento.

A área de abrangência das equipes é bem delimitada e a população está devidamente cadastrada. A classificação de risco e o instrumento de abordagem familiar são realizados, porém ainda não temos implantados os protocolos clínicos.

Os sistemas de informação são pouco utilizados pela UBS no planejamento das ações de saúde. O acompanhamento das condições crônicas é realizado, entretanto nenhuma padronização para o atendimento destes pacientes é utilizada. As consultas odontológicas programadas são por demanda espontânea; o tempo de espera para uma consulta especializada no momento é de 15 a 30 dias; no caso de pedidos mais urgentes pode ser em uma semana ou menos. As consultas de urgência e emergência são realizadas fora do município. Nosso município não tem hospital. Sendo assim, para um atendimento de média ou alta complexidade temos como referência os municípios de Inhapim, Caratinga, Ipatinga e a capital de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Em relação aos medicamentos existe uma padronização da assistência farmacêutica básica, porém vários outros medicamentos são adquiridos com recursos do Tesouro Municipal para suprir a demanda da população. Existe uma regularidade na distribuição dos medicamentos de uso contínuo para os portadores de patologias crônicas/mês. A partir dos itens disponíveis no programa do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica) faz-se o pedido de medicamentos disponíveis. Quando chegam ao município são colocados no almoxarifado local e de lá os medicamentos são distribuídos para os distritos do município. O município disponibiliza os medicamentos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Especiais (Rename) que tem mais de 300 itens. Destes, 89 podem ser retirados por usuários nas farmácias básicas. As receitas são válidas por 30 dias. Contudo, há exceções, como no caso da insulina e medicamentos controlados. A farmácia atende a todos os usuários do Sistema Único de Saúde de São Domingo Das Dores. Sendo que os pacientes consultam com os médicos do SUS e os medicamentos são distribuídos conforme apresentação de receita médica. No caso de medicamentos especiais, são montados os processos de cada paciente referente à medicação requerida e encaminhadas ao setor responsável, onde o pedido é analisado.

Estou inserido na equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Jupiará, localizada no Bairro das Oliveiras desde 2014.

1.3 Definição dos problemas locais de saúde

Durante a realização da disciplina Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira onde foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo, alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM); alto consumo de psicofármacos; alta taxa de obesidade; alta incidência e prevalência de esquistossomose e; alta incidência de doenças dermatológicas.

1.4 Priorização dos problemas de saúde

Após os problemas serem identificados realizou-se a priorização dos mesmos, pois dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo (Quadro 1).

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira.

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)	Alta	8	Parcial	1
Alto consumo de psicofármacos	Alta	6	Parcial	2
Alta taxa de obesidade	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência e prevalência de esquistossomose	Alta	4	Parcial	4
Alta incidência de doenças dermatológicas	Alta	3	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2016)

Ao fazer a análise dos problemas identificados, a equipe de saúde considerou que a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) era o problema prioritário, tendo em vista a magnitude do problema e a capacidade da equipe em realizar intervenção.

A descompensação destas condições é uma das causas mais frequentes das consultas por demanda espontânea de nossa população e acreditamos que os fatores de riscos como obesidade, estilo de vida sedentário, tabagismo, maus

hábitos alimentares, consumo de álcool e o tratamento irregular ou o abandono do mesmo estão, certamente, entre as principais causas de descompensação destas condições.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Entre os principais fatores de risco estão a HAS e o DM, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2001).

A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

Em nosso município a situação não é diferente, pois as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias crônicas e entre 60 e 80% das consultas por demanda espontânea ocorrem por descompensação da HAS ou DM.

Estas doenças levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira no município de São Domingo das Dores, MG.

3.2 Objetivos específicos

Incentivar a mudança de hábitos de vida dos hipertensos e diabéticos;

Capacitar a equipe para o atendimento dessas patologias;

Incentivar a manutenção do tratamento.

4 METODOLOGIA

Em um primeiro momento realizou-se um diagnóstico situacional na área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira. Através do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Baseando-se neste problema, foi realizada, em um segundo momento, uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual ScientificElectronic Library Online (Scielo), e na biblioteca virtual da plataforma do programa Ágora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). A busca de literatura foi guiada através dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Diabetes mellitus.

Atenção Primária à Saúde.

Com os dados do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa equipe. O plano de ação foi realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica se apresentar ≥ 90 mmHg, confirmadas por mensurações feitas pelo menos em 2 ocasiões diferentes (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Existem dois tipos de pressão arterial elevada: a primária que é desenvolvida ao longo dos anos, e a secundária que pode estar relacionada com diversas doenças ou com o uso de determinadas medicações (CANO, 2015).

A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, como a doença cerebrovascular, a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica e a doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Conhecer os fatores de risco que contribuem para agravar a HAS é uma estratégia para a redução desse problema de saúde pública (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).

Entre os fatores de risco para a HAS estão: a idade, o sexo, a etnia, fatores socioeconômicos, o consumo excessivo de sal, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS é uma doença basicamente assintomática, pois a maioria dos casos é diagnosticada após vários anos de existência no organismo, o que justifica os altos índices desta doença, sendo, portanto muito importante a investigação clínica, identificando a etiologia da hipertensão, o grau de comprometimento dos órgãos alvo

envolvidos e outros fatores de risco associados, que possam influenciar no prognóstico (CUPPARI, 2005).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância crucial nas estratégias de controle da HAS, tanto na definição do diagnóstico clínico e na conduta terapêutica, quanto nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso em relação ao tratamento proposto (BRASIL, 2006a).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a estratégia terapêutica da HAS deve ser individualizada. O tratamento medicamentoso deverá ser utilizado quando houver risco cardiovascular, porém, as mudanças de hábitos alimentares e do estilo de vida (tratamento não medicamentoso) são indicadas para todos os pacientes.

5.2 Diabetes Mellitus

O termo diabetes mellitus (DM) refere-se a uma desordem metabólica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (WHO, 1999).

A classificação do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento. A classificação proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui o DM tipo 1 e DM tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006). O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL, 2013). 5 a 10% dos pacientes diabéticos são classificados como DM tipo 1, os outros 90% são classificados como DM tipo 2 (FERREIRA *et al.*, 2007).

Os principais sintomas do DM são a poliúria, a polidipsia, a polifagia, a perda involuntária de peso, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição (BRASIL, 2006b).

Entre as possíveis consequências e complicações do DM pode-se citar: o aumento do risco de doenças cerebrovasculares (DCV) e acidente vascular encefálico (AVE), amputações de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica (BRASIL, 2006b).

A história natural do DM é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (BRASIL, 2006b).

A prevalência de DM vem crescendo nos últimos anos, o que está associado às mudanças no estilo de vida da população (FERREIRA *et al.*, 2007). Por isso, a adoção de hábitos saudáveis é tão importante na prevenção e também no tratamento do DM. A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e diminui os riscos de doença cardiovascular (BRASIL, 2006b). A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM, pois não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Descrição do Problema Selecionado

O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

Quadro 2 - Descritores do problema “Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)”.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	375	Diagnóstico situacional e registro da equipe.
Hipertensos acompanhados	375	Diagnóstico situacional e registro da equipe.
Hipertensos controlados	350	Diagnóstico situacional e registro da equipe.
Diabéticos cadastrados	98	Diagnóstico situacional e registro da equipe.
Diabéticos acompanhados	98	Diagnóstico situacional e registro da equipe.
Diabéticos controlados	80	Diagnóstico situacional e registro da equipe.

6.2 Explicação do Problema

Acredita-se que a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira no município de São Domingo das Dores, MG tenha relação com estilos de vida inadequados, falta de capacitação da equipe, subnotificação de hipertensos e diabéticos, tratamentos irregulares ou abandono deste, obesidade, consumo de álcool, entre outros.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM):

- Estilos de vida inadequados;
- Falta de capacitação da equipe;
- Subnotificação de hipertensos e diabéticos;
- Tratamentos irregulares ou abandono deste.

6.4 Desenho das Operações

Para a solução dos nós críticos foram estabelecidas algumas operações a serem desenvolvidas pela equipe. No quadro 3 estão apresentados os desenhos das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Estilos de vida inadequados	Mudança já Modificar estilos de vida	Diminuir a quantidade de obesos, tabagistas e sedentários Adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física	Palestras educativas, campanha no jornal local, programa de vida saudável (caminhadas, atividades esportivas)	Organizacional: para organizar as caminhadas, atividades esportivas e palestras Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir local para palestras e atividades esportivas Financeiro: para financiar as propagandas educativas, e os folhetos educativos
Falta de capacitação da equipe	Equipe capacitada Capacitação da equipe de saúde	Equipe bem treinada para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos	Palestras de capacitação para toda a equipe	Cognitivas: informações sobre o tema Político: mobilização da equipe e gestão Financeiro: para aquisição de recursos
Subnotificação de hipertensos e diabéticos	Busca ativa Busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes	Cadastramento de 100% dos hipertensos e diabéticos	Conscientização dos Agentes comunitários de saúde Hipertensos e	Organizacional: priorizar atividades na agenda de trabalho Político: conseguir transporte para

			diabéticos cadastrados	visitar áreas geográficas afastadas Cognitivo: conhecimento sobre o problema a ser enfrentado
Tratamentos irregulares ou abandono deste	Saúde em ação Incentivar a manutenção do tratamento	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os riscos e as consequências do abandono do tratamento ou do tratamento irregular	Palestras educativas, cartilhas informativas	Organizacional: para organizar palestras Cognitivo: informação sobre o tema Político: conseguir local para palestras

Fonte: Autoria própria (2016)

6.5 Identificação dos recursos críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações. Os recursos críticos são essenciais para a execução do projeto, entretanto, não estão disponíveis inicialmente.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
Mudança já Modificar estilos de vida	Político: conseguir local para palestras e atividades esportivas Financeiro: para financiar as propagandas educativas, e os folhetos educativos
Equipe capacitada Capacitação da equipe de saúde	Político: mobilização da equipe e gestão Financeiro: para aquisição de recursos
Busca ativa Busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes	Político: conseguir transporte para visitar áreas geográficas afastadas
Saúde em ação Incentivar a manutenção do tratamento	Político: conseguir local para palestras

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.6 Análise da viabilidade do plano

O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos nos projetos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	
		Quem Controla	Motivação
Mudança já Modificar estilos de vida	Político: conseguir local para palestras e atividades esportivas Financeiro: para financiar as propagandas educativas, e os folhetos educativos	Secretaria de Educação e Pedagogia. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável
Equipe capacitada Capacitação da equipe de saúde	Político: mobilização da equipe e gestão Financeiro: para aquisição de recursos	Coordenador do PSF. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável
Busca ativa Busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes	Político: conseguir transporte para visitar áreas geográficas afastadas	Coordenador do PSF. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável
Saúde em ação Incentivar a manutenção do tratamento	Político: conseguir local para palestras	Secretaria de Educação e Pedagogia. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável

Fonte: Aatoria Própria (2016)

6.7 Elaboração do plano operativo

O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Profissionais Envolvidos	Prazo
Mudança já Modificar estilos de vida	Diminuir a quantidade de obesos, tabagistas e sedentários Adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física	Palestras educativas, campanha no jornal local, programa de vida saudável (caminhadas, atividades esportivas)	Médico do PSF Equipe de Saúde. Líderes da comunidade e agentes comunitários de saúde.	Três meses para início das atividades
Equipe capacitada Capacitação da equipe de saúde	Equipe bem treinada para melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos	Palestras de capacitação para toda a equipe	Médico do PSF	Um mês para início das atividades
Busca ativa Busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes	Cadastramento de 100% dos hipertensos e diabéticos	Conscientização dos Agentes comunitários de saúde Hipertensos e diabéticos cadastrados	Médico do PSF Equipe de Saúde. Agentes comunitários de saúde.	Um mês para início das atividades
Saúde em ação Incentivar a manutenção do tratamento	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os riscos e as consequências do abandono do tratamento ou do tratamento irregular	Palestras educativas, cartilhas informativas	Médico do PSF Equipe de Saúde.	Três meses para início das atividades

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.8 Gestão do plano

A gestão do plano é utilizada para definir o processo de acompanhamento do plano. Como o resultado deste projeto não é imediato, vamos considerar um período de seis meses para iniciar as avaliações das ações. Sendo assim, a previsão é de que o quadro 7 seja preenchido pela primeira vez após os seis primeiros meses do projeto.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Mudança já Modificar estilos de vida	Médico do PSF Equipe de Saúde	Três meses para início das atividades	Em andamento		
Equipe capacitada Capacitação da equipe de saúde	Médico do PSF Equipe de Saúde	Um mês para início das atividades	Em andamento		
Busca ativa Busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes	Médico do PSF Equipe de Saúde	Um mês para início das atividades	Em andamento		
Saúde em ação Incentivar a manutenção do tratamento	Médico do PSF Equipe de Saúde	Três meses para início das atividades	Em andamento		

Fonte: Autoria Própria (2016)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho ficou mais evidente que a HAS e o DM são doenças crônicas que estão em larga expansão. Além disso, foi possível identificar que a prevalência dessas doenças na área de abrangência da equipe de saúde da família Vicente de Paula Pereira no município de São Domingo das Dores, MG pode estar relacionada com estilos de vida inadequados, falta de capacitação da equipe, subnotificação de hipertensos e diabéticos, tratamentos irregulares ou abandono deste, obesidade e consumo de álcool.

Sendo assim, acredita-se que este plano de ação tenha condições de instigar mudanças na vida das pessoas com hipertensão e diabetes, proporcionando melhor qualidade de vida aos mesmos, além de capacitar melhor a equipe para atuar com essas patologias.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.F.; *et al.* Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica a saúde. **Conselho Federal de Educação Física**, Rio de Janeiro, p. 31, 2010.

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira Hipertensão**. v.13, n.2, p. 134-143, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos da Atenção Básica, n.16).

BRASIL. 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, 2006a, 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 160 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p.

CANO, N.S. **Plano de intervenção para redução da prevalência de hipertensão arterial severa no município de Itacambira/MG**. Trabalho de Conclusão de curso (especialização) Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 1ed., Barueri. São Paulo: Manole, 2005.

FERREIRA, J.M. *et al.*, Perfil audiológico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v.12, n.4, p.292-297, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Minas Gerais, São Domingo das Dores.** IBGE, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316095&search=minas-gerais|sao-domingos-das-dores|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 16/05/16.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Tratamento e Acompanhamento do diabetes mellitus, 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão.** v.17, n.1, p.7-10, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.