

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

HELTON MAYCO NUNES DA SILVA OLIVEIRA

**RESPONSABILIZAÇÃO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES SOBRE O PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MARECHAL DEODORO – ALAGOAS**

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

HELTON MAYCO NUNES DA SILVA OLIVEIRA

**RESPONSABILIZAÇÃO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES SOBRE O PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MARECHAL DEODORO – ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

HELTON MAYCO NUNES DA SILVA OLIVEIRA

**RESPONSABILIZAÇÃO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES SOBRE O PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
MARECHAL DEODORO – ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de dezembro de 2105

Agradecimentos

Agradeço à minha professora orientadora, Maria Dolôres, por contribuir ativamente em todas as etapas de elaboração deste trabalho; à Equipe de Saúde Rua da Estiva e aos usuários da Unidade, bem como a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste projeto.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* constituem-se morbidades crônicas, que, embora, na maioria das vezes, sejam assintomáticas, podem evoluir com complicações e sequelas para o indivíduo. Tais situações podem levar à mortalidade ou mesmo afetar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, além de aumentar os gastos com a saúde, comprometendo a fonte de renda. A falta de responsabilização dos pacientes sobre o próprio estado de saúde é uma adversidade de grande relevância na área de abrangência da Equipe de Saúde Rua da Estiva no município de Marechal Deodoro. Portanto o objetivo deste estudo foi elaborar um projeto de intervenção com vistas a aumentar a responsabilização dos pacientes hipertensos e diabéticos no enfrentamento dos próprios problemas de saúde. A partir do diagnóstico situacional de saúde e de revisão bibliográfica sobre o tema, elaborou-se o projeto de intervenção baseando-se no método do Planejamento Estratégico Situacional. Trata-se de uma intervenção em que toda a equipe terá participação no acolhimento do indivíduo na unidade de saúde, nos atendimentos ambulatoriais, em grupos de atenção e nas visitas domiciliares. A elaboração do projeto possibilitou à equipe um maior despertar para importância do papel da Estratégia de Saúde da Família. Espera-se que a implementação das ações possibilite uma comunidade mais participativa, com melhor qualidade de vida e menores níveis de morbimortalidade.

Palavras chave: Empoderamento. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are chronic morbidities, that although, for the most part, are asymptomatic, may evolve with complications and sequels to the individual. Such situations can lead to mortality or even affect the quality of life of patients and their families, as well as increase spending on health, compromising the source of income. The lack of accountability of the patients about their state of health is a major adversity in the area covered by the health team Estiva in the municipality of Marechal Deodoro. Therefore the aim of this study was to develop an intervention with project to increase the accountability of hypertensive patients and diabetics in the confrontation of one's own health problems. From the Situational diagnosis and health literature review on the topic, elaborated the project of intervention based on the Situational strategic planning method. This is an intervention in which the whole team will have participation in the host of the individual in health unit, in outpatient attendances, in groups and in home visits. The project enabled the team a greater awakening to the importance of the role of the family health strategy. It is expected that the implementation of actions allows a more participatory community, with better quality of life and lower levels of morbidity and mortality.

Keywords: Empowerment. Hypertension. Diabetes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	<i>Scientific Electronic Libray Online</i>
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	14
5.2 Diabetes <i>Mellitus</i>	15
5.3 Responsabilização do paciente no tratamento	16
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Marechal Deodoro está localizado no estado de Alagoas. Segundo o Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada para 2015 é de 51.132 habitantes. Sua área territorial é de 331,682km², com densidade populacional de 138,92 hab/km²; seu clima é temperado (IBGE, 2014).

Marechal Deodoro surgiu, em 1611, como Vila da Madalena. Depois, teve o nome de Madalena de Sabaúna, Santa Maria Madalena da Lagoa do Sul, Alagoas do Sul e, mais tarde, simplesmente Alagoas, servindo de sede do governo da então província, de 1823 a 1838. Em 1633, o povoado foi atacado por holandeses que torturaram parte da população e incendiaram cerca de 100 casas. Em 1636, foi elevada à vila e, em 1711, à categoria de comarca. Em 1817, foi desmembrada da capitania de Pernambuco. Com a independência, passou à categoria de cidade pela lei de 8 de março de 1823 (IBGE, 2014, sp.).

Marechal Deodoro é banhado pelas lagoas Mundaú e Manguaba; seus principais atrativos naturais são a Ilha de Santa Rita, a prainha, a Praia do Saco, a Bica da Pedra, o povoado de Massagueira e a Praia do Francês. A economia é baseada na cana-de-açúcar, pesca, coco e turismo (IBGE, 2014).

O município é conhecido também pelo seu valor histórico, pois foi a primeira capital do Estado e é terra natal do Marechal Deodoro da Fonseca, primeiro presidente do Brasil. Por seu valor arquitetônico, é tombado pelo Patrimônio Histórico e tem como principais eventos: Campeonatos de Surf, Festival de Verão, Carnaval, Festa do Pato, Baile Histórico, São João, Festival Lacustre e Encontro Cultural (IBGE, 2014).

Neste município fica localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Rua da Estiva, onde atuo como médico. A Equipe de Saúde Rua da Estiva esteve alocada anteriormente em um estabelecimento na Rua da Estiva; há alguns anos, porém, após a construção da atual estrutura, houve a transferência desta equipe e da equipe Vila Altina para o atual estabelecimento, localizado no bairro Taperaguá.

Percebe-se, junto à população sob cuidado da Equipe de Saúde Rua da Estiva, que a falta de responsabilização dos pacientes sobre o próprio estado de saúde - principalmente entre os com doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica

(HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) – é uma adversidade de grande relevância. Na população adscrita identifica-se que há 287 pacientes hipertensos e 87 diabéticos cadastrados pela equipe e que durante o desenvolvimento das atividades dos diferentes profissionais da equipe são identificadas diversas atitudes de descuido em relação ao estado de saúde.

Apesar de se tratar de uma área de população extremamente carente de educação e conhecimento, acredita-se identificar, no atendimento dos pacientes hipertensos, uma ausência de comprometimento maior que a esperada em relação quanto ao próprio estado de saúde. Trata-se de diferentes atitudes, abrangendo desde pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso instituído, às vezes fazendo uso do medicamento de forma diversa daquela como foi prescrita, e em outras vezes na falta de aderência a medidas não medicamentosas como dieta e estilo de vida; ou ainda quando aqueles que, por não se sentirem sintomáticos, não aderem a nenhuma forma de tratamento e pouco frequentam os atendimentos ambulatoriais.

Lima *et al.* (2010, p.114), citando diversos autores, entre eles a Organização Mundial de Saúde (2004), relacionam diversos fatores relacionados à adesão ao tratamento:

[...] aqueles ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde.

Portanto, este estudo apresenta um projeto de intervenção para o enfrentamento da falta de responsabilização dos pacientes sobre o próprio estado de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Este projeto justifica-se pelo fato da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes *mellitus* constituírem-se morbidades crônicas, que, embora, na maioria das vezes, sejam assintomáticas, podem evoluir com complicações e sequelas para o indivíduo. Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), há com frequência uma associação da hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*, consideradas como condições clínicas.

Tais situações podem levar à mortalidade ou mesmo afetar a qualidade de vida do paciente, bem como a de futuros cuidadores, além de aumentar os gastos com a saúde, comprometendo a fonte de renda das famílias e onerando os cofres públicos.

A realização do projeto faz-se ainda importante por propiciar à equipe de saúde maior nível de percepção dos problemas desta população, além de maiores conhecimentos e melhores habilidades de intervenção dos profissionais da equipe junto aos mesmos, bem como melhor estruturação do serviço na atenção a essas pessoas.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a aumentar a responsabilização dos pacientes hipertensos e diabéticos no enfrentamento dos próprios problemas de saúde da área de abrangência da equipe Rua da Estiva no município de Marechal Deodoro - AL.

4 METODOLOGIA

O trabalho aqui apresentado consiste em um projeto de intervenção elaborado a fim de enfrentar a falta de autocuidado entre usuários hipertensos e diabéticos, população adscrita no território de assistência da equipe de saúde da família Rua da Estiva.

Um diagnóstico situacional foi inicialmente elaborado, a partir de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e reuniões com membros da equipe de saúde, a fim de definir os principais problemas enfrentados pela equipe. Seguiu-se com a elaboração do projeto de intervenção, conforme o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Campos, Faria e Santos (2010).

Para subsidiar o projeto foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema em bases de dados *Scientific Electronic Libray Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Para a pesquisa nos bancos de dados foram utilizados os seguintes descritores:

Empoderamento.

Hipertensão.

Diabetes.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no país e no mundo.

A HAS é considerada:

[...] um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p.9).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) enfatiza que a hipertensão arterial sistêmica está associada a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, contribuindo para aumento do risco de intercorrências cardiovasculares. Constitui um risco maior para a Insuficiência Cardíaca (IC) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) com sérias conseqüências para a pessoa.

De acordo com informações da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a HAS no Brasil ocorre em 22,7% da população adulta, sendo que a frequência do diagnóstico nas mulheres (25,4%) é mais comum que nos homens (19,5%) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a).

As pessoas que apresentam hipertensão arterial sistêmica frequentemente não manifestam sintomas na maior parte do curso da doença, o que dificulta o seu diagnóstico e tratamento precoces e contribui para o surgimento das complicações. Além disso, a baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito também se caracteriza como fator determinante para o controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) reforça ainda que apesar do papel da abordagem individual, comprova-se, gradativamente, a necessidade da abordagem coletiva, principalmente na atenção básica, para que resultados relativos aos fatores que levam a hipertensão arterial sejam mais consistentes e duradouros. No dia a

dia, os profissionais de saúde são desafiados em relação a como manter a motivação do paciente hipertenso para aderir ao tratamento proposto, seja medicamento ou não-medicamento.

5.2 Diabetes *Mellitus*

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) considera o diabetes *mellitus* (DM) como uma epidemia que está em curso, enfatizando que atualmente no mundo a população estimada com diabetes chega a 382 milhões de pessoas com possibilidades de passar para 471 milhões em 2035.

No Brasil, os maiores responsáveis pela mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), são o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica que ainda seriam responsáveis por mais de 50% do diagnóstico primário em quem já possui insuficiência renal crônica submetido à diálise (SCHMIDT *et al.*, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2011; ROSA, 2008 *apud* BRASIL, 2013b).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015, “a doença macrovascular do paciente com diabetes é a própria doença aterosclerótica que incide em uma população não diabética”. Entretanto ela ocorre mais precocemente, com maior frequência e gravidade, sendo que a doença cardiovascular (DCV) constitui a maior causa de morbimortalidade em pessoas diabéticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.142).

Pessoas com diabetes e que cronicamente não fazem adequadamente o controle metabólico apresentam maior risco para complicações micro e macrovasculares, diminuindo a expectativa de vida e comprometendo a qualidade de vida. Esta situação onera a sociedade “pelo aumento dos custos diretos, relacionado aos cuidados médicos, e indiretos, como a perda de produtividade, resultado da relativa morbidade e mortalidade prematura da doença” (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008 *apud* GOMES; SILVA; SPINETI, 2013, p.26).

Segundo a *International Diabetes Federation* (2012) *apud* BRASIL (2013b), o sistema de saúde acaba tendo grandes gastos com as complicações agudas e

crônicas do diabetes, devido à alta morbimortalidade. Pode-se comprovar isso mundialmente, tendo em vista a estimativa, feita em 2010, de que os custos relacionados à diabetes corresponderiam a 11,6% do que foi gasto com atenção em saúde.

Em se tratando do diabetes *mellitus*, alude-se que ele pode permanecer assintomático por longo tempo, sendo a detecção clínica frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade), reforçando a importância das equipes de Atenção Básica estar atentas quanto a esses fatores. Para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida, propõem-se como fundamentais a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde (BRASIL, 2013b).

Clinicamente, o controle metabólico adequado de uma pessoa com diabetes é possível quando os níveis de glicemia capilar são avaliados diariamente, bem como o monitoramento da pressão arterial, do peso corporal, do uso correto da medicação e dos cuidados com os pés; a prática de exercício físico e alimentação adequada também contribuem para o controle do diabetes (CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014).

5.3 Responsabilização do paciente no tratamento

Lustosa, Alcaires e Costa (2011) enfatizam que no caso de doenças assintomáticas em seu estágio inicial, como a hipertensão arterial e o diabetes, a adesão ao tratamento torna-se desafiadora.

Assistimos, segundo Silva (2013, p.3084), “à instauração e ao desenvolvimento de uma concepção de que é necessário informar a sociedade para que os indivíduos mudem seus hábitos, seus comportamentos sexuais, suas práticas alimentares e seus modos de viver”. Torna-se relevante utilizar estratégias para que estes se tornem aptos em gerenciar riscos em suas vidas, reduzindo as chances de experimentarem danos à saúde, construindo o empoderamento da população, um dos pilares do repasse de conhecimentos em saúde.

Conforme Taddeo *et al.* (2012), o empoderamento configura-se peça-chave na promoção da saúde desde a Carta de Ottawa em 1986, sendo apreendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores que afetam a saúde, quer sejam pessoais, socioeconômicos ou ambientais.

Sintetizando, “o empoderamento é um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde” (TADDEO *et al.*, 2012, p.2923).

A compreensão da percepção dos usuários sobre “sua realidade e experiências vividas é preciso a fim de promover o empoderamento e o que consideram cuidado de si” (TADDEO *et al.*, 2012, p.2927). De modo que se os profissionais procedem embasados nisso durante a conduta terapêutica, aumentam as chances de negociação e elaboração de plano de ação conjunto ao tratamento.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) reforça a importância da participação da equipe multiprofissional, sempre que possível, frente aos cuidados dos pacientes, citando além do médico os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde.

Na concepção de Taddeo *et al.* (2012, p.2929) “a prática do autocuidado é focada em uma relação dialógica, na qual profissionais e pacientes devem compreender que seu sucesso depende da negociação partilhada”.

É importante ponderar que existe a dificuldade da pessoa diabética e/ou hipertensa em aceitar que precisa ser cuidada, pois o diabetes como a hipertensão são doenças inicialmente silenciosas, não apresentando sintomas. Isto por sua vez, faz com que a pessoa não se responsabilize pelos próprios cuidados e nem os valorize como necessários para si mesmo, o que pode trazer repercussões negativas no tratamento (LOPES *et al.*, 2008).

Por outro lado, os gestores precisam estabelecer um compromisso, tomando decisões compatíveis com o seu dever na qualidade do cuidado em relação à

melhoria do acesso ao UBS, adaptação das praças públicas, e possibilitar espaços e estímulos à participação e educação popular.

No âmbito das estratégias utilizadas para o fortalecimento do empoderamento, Ferreira Filha *et al.* (2009) fazem referência à Terapia Comunitária, considerada um espaço de fala e de partilha de situações inquietantes que provocam sofrimento emocional, que permite ao participante sentir-se apoiado pela equipe de saúde da família, e a busca por estratégias mais eficazes para resolução dos problemas. As autoras afirmam que esta estratégia possibilita o alívio do sofrimento, a valorização pessoal e a formação de vínculos solidários.

Em consonância com o descrito, Cunha; Chibante e André (2014) consideram que as relações sociais que a pessoa mantém podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde, destacando assim o apoio social como valioso recurso, capaz de promover melhor adaptação da pessoa às exigências impostas pela doença. As autoras ainda ressaltam que para tal, dever-se-á incentivar a mudança de comportamentos com a ajuda especializada por parte dos profissionais de saúde, focando o empenho nas boas práticas de cuidados de saúde humanizados, ricos em calor humano, técnica e cientificamente corretos com especial enfoque para considerar os determinantes sociais facilitadores do empoderamento/capacitação dos doentes.

Considerando que é necessário um cuidado contínuo da doença crônica, o indivíduo deve adquirir e manter hábitos e ações direcionadas ao seu próprio bem-estar. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde desenvolva uma prática alicerçada na interação e troca de experiência entre os seus membros, construindo uma assistência humanizada ao indivíduo e sua família, valorizando o autocuidado na promoção de proteção da saúde (LOPES *et al.*, 2008).

A Promoção da Saúde deve ser repensada em uma lógica interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os diversos setores, como os de saúde, de educação, de urbanização, de transporte e de segurança. “Somente conhecendo de perto os usuários, o contexto, as potencialidades e as adversidades da população atendida é que os profissionais irão manter uma relação profissional-paciente que propicie o empoderamento” (TADDEO *et al.*, 2012, p.2929).

Diante do exposto, ressalta-se que a responsabilização pelo próprio cuidado vem com o empoderamento, cujo processo de construção se alicerça na educação em saúde.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Definição dos problemas

Na população adscrita, foram identificados como principais problemas: a incidência de doenças de alto risco cardiovascular como hipertensão e diabetes; o grande índice de autodescuido desses pacientes; o acúmulo de lixos e excrementos fecais em locais inapropriados; a depredação de estruturas públicas base para o auxílio no enfrentamento dos problemas e a grande incidência de situações de Violência foram os principais problemas identificados.

Priorização de problemas

Os problemas identificados na área de abrangência da Equipe de Saúde Rua da Estiva foram elencados por ordem de prioridade, considerando importância, urgência e capacidade da equipe para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1 - Priorização do problema.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Pouca responsabilização dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre o próprio estado de saúde.	Alta	8	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Acúmulo de lixos e excrementos fecais	Alta	6	Fora/ Parcial	4
Depredação de estruturas públicas base para o auxílio no enfrentamento dos problemas	Alta	7	Fora/ Parcial	3
Violência	Alta	6	Fora	5

Descrição e explicação do problema selecionado

A falta de responsabilização dos pacientes sobre o próprio estado de saúde, principalmente entre os portadores de doenças crônicas, como Hipertensão e Diabetes foi o principal problema identificado junto à equipe; dado que, durante o

desenvolvimento das atividades dos diferentes profissionais da equipe, são identificadas diversas atitudes de displicência em relação ao estado de saúde.

No Grupo assistido, identifica-se que algumas razões ligadas à má aderência possam advir de:

- Ausência de suporte familiar, como verificado em alguns casos, visto que a família deve agir como principal incentivador e facilitador para que o indivíduo consiga incorporar um estilo de vida adequado no controle de sua doença; ou mesmo incentivando e auxiliando no entendimento e cumprimento das estratégias terapêuticas.
- Ausência de comunicação satisfatória entre equipe e usuários, visto que, enquanto a equipe, por vezes, pode estar oferecendo informações que não são corretamente apreendidas e interpretadas pelo usuário, este último pode não estar manifestando suas dúvidas no momento do atendimento, e parecendo, aos olhos da equipe, ciente, até que ocorra o seu próximo encontro com algum membro desta.
- Ausência de iniciativa por parte do usuário, visto que, alguns, mesmo cientes da morbidade e de suas conseqüências, seja por vivência junto a familiares ou amigos, seja por informações prestadas pela equipe, encontram-se insidiosamente descomprometidos com o tratamento.
- Baixo grau de instrução dos usuários, o que por vezes pode dificultar o uso correto das medicações, principalmente para aqueles em uso de grande número delas.
- Ausência de medicações essenciais na unidade, visto que alguns as adquirem na farmácia do estabelecimento e apresentam dificuldade em adquiri-las por outros métodos, seja por dificuldade de deslocamento ou qualquer outra razão.
- Intensa vulnerabilidade social, que, por vezes, os obrigam a expor-se a condições desfavoráveis de trabalho visando garantia de sustento das famílias.

Seleção dos “nós críticos”

O quadro 2 apresenta os “nós críticos”, operações, resultados esperados, produtos e recursos críticos.

Quadro 2 - Seleção dos “nós críticos”, desenho das operações e identificação dos recursos críticos

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo grau de instrução dos usuários	Conhecer mais. Intensificar atividades de capacitação de usuários e profissionais ACS por serem os profissionais de maior contato com os mesmos.	Acrescer o nível de ciência da população sobre os riscos das morbidades/hábitos de vida.	Capacitação dos usuários e dos ACS.	Organizacional: Articulação da equipe para desenvolvimento de ações de capacitação dos usuários. Cognitivo: Desenvolvimento de ações de capacitação dos profissionais. Político: Aumento de recursos para capacitação dos profissionais.
Ausência de suporte familiar	Mais Família. Intensificar atividades de capacitação de toda a população assistida para a importância de ações de prevenção e controle das doenças.	Acrescer o nível de ciência de familiares dos usuários sobre os riscos das morbidades.	Capacitação de familiares e cuidadores.	Organizacional: Articulação da equipe para desenvolvimento de ações de capacitação de toda a população assistida. Político: Mobilização social em torno das ações.
Ausência de comunicação satisfatória entre equipe e usuários	Mais Integração Maior articulação entre os profissionais da equipe de saúde.	Melhorar a comunicação entre equipe e usuário.	Maior percepção dos principais fatores individuais limitantes a adesão do tratamento.	Organizacional: Maior articulação entre os profissionais da equipe de saúde durante as ações permitindo percepção do problema e ação mais efetivo.
Ausência de iniciativa por parte do usuário.	Mais Envolvimento. Desenvolvimento de estratégias de mudanças de estilo de vida/hábitos com foco no envolvimento dos usuários.	Maior motivação dos usuários ao comprometimento com a adequada terapêutica das morbidades.	Maior envolvimento do usuário com ações de controle e prevenção de doenças.	Organizacional: Mobilização social em torno da mudança do estilo de vida; Organizacional: Mobilização da equipe para maior articulação de ações com envolvimento dos usuários
Ausência de medicações essenciais na unidade	Mais Remédio. Adequação de oferta de medicações as necessidades de consumo da população assistida.	Garantia de medicações básicas de uso pelos usuários.	Compra e repasse de medicações	Político: decisão de aumentar os recursos para aquisição de medicações. Financeiro: Custeio de medicações.

Identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e desenho das operações

Quadro 3 - Análise de viabilidade do plano

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Conhecer mais. Intensificar atividades de capacitação de usuários e profissionais ACS por serem os profissionais de maior contato com os mesmos.	Organizacional: Articulação da equipe para desenvolvimento de ações de capacitação dos usuários. Cognitivo: Desenvolvimento de ações de capacitação dos profissionais. Político: Aumento de recursos para capacitação dos profissionais.	Equipe Secretaria de saúde	Favorável Favorável	Atividades de educomunicação; Ações de conscientização em todas as etapas de acolhimento; Participação de profissionais da equipe em grupos de lazer e atividade física realizados no grêmio, para orientação da importância das outras modalidades terapêuticas;
Mais Família. Intensificar atividades de capacitação de toda a população assistida para a importância de ações de prevenção e controle das doenças.	Organizacional: Articulação da equipe para desenvolvimento de ações de capacitação de toda a população assistida. Político: Mobilização social em torno das ações.	Associações de bairro Equipe	Favorável Favorável	Atividades de educomunicação;
Mais Integração Maior articulação entre os profissionais da equipe de saúde.	Organizacional: Maior articulação entre os profissionais da equipe de saúde durante as ações permitindo percepção do problema e ação mais efetivo.	Equipe	Favorável	Reuniões mensais da equipe para avaliar principais fatores determinantes da má aderência. Prevê-se que cada profissional possa encontrar abertura para expor quais ações sob sua responsabilidade puderam ser postas em prática, bem como as principais dificuldades, permitindo que os demais profissionais da equipe possam, a partir de idéias e decisões do grupo, eleger as melhores estratégias para adequação das ações.
Mais Envolvimento. Desenvolvimento de estratégias de mudanças de estilo de vida/ hábitos, com foco no envolvimento dos usuários.	Organizacional: Mobilização social em torno da mudança do estilo de vida; Organizacional: Mobilização da equipe para maior articulação de ações com envolvimento dos usuários	Associações de bairro Equipe NASF	Favorável Favorável	Ações de identificação dos principais fatores individuais limitantes a adesão do tratamento, pelos Agentes comunitários de saúde em suas visitas domiciliares; Ações de identificação dos principais fatores individuais limitantes a adesão do tratamento, pelos Profissionais da enfermagem/dentista/médico em suas visitas domiciliares e atendimentos diários;
Mais remédio. Adequação de oferta de medicações as necessidades de consumo da população assistida.	Político: Articulação com Secretaria de saúde.	Secretaria municipal de saúde.	Indiferente.	Não é necessário. O repasse da falta e necessidade das medicações já é feito regularmente pela direção.

Elaboração do plano operativo

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo.

Operação / Projeto	Responsáveis	Prazo
Conhecer mais. Intensificar atividades de capacitação de usuários e profissionais ACS por serem os profissionais de maior contato com os mesmos.	Equipe/ Secretaria de Saúde	Dois meses
Mais Família Intensificar atividades de capacitação de toda a população assistida para a importância de ações de prevenção e controle das doenças.	Equipe	Dois meses
Mais Integração. Maior articulação entre os profissionais da equipe de saúde	Equipe	Dois meses
Mais Envolvimento. Desenvolvimento de estratégias de mudanças de estilo de vida/ hábitos com foco no envolvimento dos usuários.	Equipe/ Usuários NASF	Dois meses
Mais remédio. Adequação de oferta de medicações as necessidades de consumo da população assistida.	Secretaria de Saúde	Imediato

Gestão do plano de ações

“O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado depende de como será feita a sua gestão” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.78)

O prazo para que todas as ações propostas sejam implementadas foi de 2 (dois) meses, momento a partir do qual terão início as reuniões de avaliação de andamento das ações.

Quadro 5 - Planilha para Gestão do plano de ações.

Ação	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Nova estratégia (se necessário)	Novo Prazo
Avaliação do nível de informação dos pacientes	Enfermeira Médico	3 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de ação		Dentro do Prazo.
Capacitação de ACS e cuidadores	Enfermeira Médico	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de ação		Dentro do Prazo.
Parcerias com instituições locais, grupos, escolas.	Enfermeira Médico Coordenadores da ESF	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de ação		Dentro do Prazo.
Estratégias de melhor acolhimento	Toda Equipe	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de ação		Dentro do Prazo.
Grupos Operativos	Médico Enfermeira Psicóloga	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de ação		Dentro do Prazo.

7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Partindo desse estudo, nota-se a dificuldade da Equipe de Saúde Rua da Estiva em apoiar usuários no controle de suas morbidades, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*. A reorganização da dinâmica do serviço apresenta-se, então, como etapa essencial para a oferta de uma assistência mais efetiva.

Deste modo, a participação na Especialização Estratégia Saúde da Família surgiu como estratégia viabilizadora, permitindo à equipe uma nova visão do processo de reorganização do trabalho, com ênfase na importância de ações interdisciplinares e inclusão popular.

A elaboração do projeto possibilitou ao grupo um maior despertar para importância do papel da estratégia de saúde da família. Ao agir na elaboração de um plano de ação visando a identificação dos principais problemas que dificultam a assistência aos usuários, ela pôde conceber um diagnóstico situacional que viabilizou a elaboração de possíveis caminhos para soluções, com alta probabilidade de eficácia.

Espera-se, por fim, que a posterior implementação das ações origine uma comunidade mais participativa, com melhor qualidade de vida e menores níveis de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic costs of diabetes in the US in 2007. **Diabetes Care**, v.31, p. 596-615, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 51 p. il. (Caderno de Atenção Básica, n.15)(serie A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Portal Brasil. **Pesquisa revela que 22,7% dos brasileiros são hipertensos**. 2012. <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pesquisa-revela-que-22-7-dos-brasileiros-sao-hipertensos>> Acesso em: 05 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.130p.

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, 2013b. 160 p. il. (Caderno de Atenção Básica, n.36).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CUNHA, Madalena; CHIBANTE, Rosa; ANDRÉ, SUZANA. Suporte social, empowerment e doença crônica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. (ed. esp.1), p.21-26, 2014.

FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira *et al.*. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.4, p.964-70, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>> Acesso em: 10 dez. 2015.

GOMES, Marília B.; SILVA, Aline Tieme K.; SPINETI, Pedro P. M.. Diabetes *mellitus* e coração: um *continuum* de risco. Quais os alvos contemporâneos de tratamento e como alcançá-los? **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.12, supl. 1, p.25-35, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Alagoas**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270470&search=alagoas|marechal-deodoro>> Acesso em: 02 out. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>. Acesso em: 22 nov. 2012.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SOLER, Orenzio. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v1, n.2, p.113-120, 2010.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima *et al.*. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.1, p. 198-211, 2008.

LUSTOSA, Maria Alice; ALCAIRES, Juliana; COSTA, Josie Camargo da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, v.14, n.2, p.27-49, 2011.

ROSA, Roger dos Santos; SCHMIDT, Maria Inês. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.*. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010. p.11-124.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SILVA, Cléber Domingos Cunha da. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.10, p.3083-90, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

TADDEO, Patrícia da Silva *et al.*. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.11, p. 2923-2930, 2012.