

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

IDALMIS OROPESA FERRER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA MOCAMBEIRO, MUNICÍPIO DE MATOZINHOS –
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

IDALMIS OROPESA FERRER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESAO AO
TRATAMENTO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA MOCAMBEIRO, MUNICÍPIO DE MATOZINHOS –
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

IDALMIS OROPESA FERRER

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESAO AO
TRATAMENTO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA MOCAMBEIRO, MUNICÍPIO DE MATOZINHOS –
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:19/04/2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: à minha querida família, que confiaram em mim para esta nova missão. Obrigada por estarem sempre ao meu lado e presentes, dando carinho, apoio, determinação, fé, e principalmente pelo Amor de vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a orientadora deste trabalho, Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete. pela orientação e pertinência das suas observações no decurso da sua execução.

Agradeço a todos os integrantes da equipe de trabalho pela colaboração e a todos os meus amigos, pela motivação, apoio, ideias, sugestões .

Agradeço também aos meus pais, irmãs e filho pela compreensão, paciência e carinho, durante a minha estadia no Brasil.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são importantes causas de morbimortalidade e causam altos custos econômicos. O controle adequado dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus deve ser uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde. O trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento do grupo de hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Mocambeiro/ Matozinhos/ Minas Gerais. Para a construção do plano de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: atenção primária à saúde, hipertensão, diabetes mellitus, fatores de risco e educação em saúde. Utilizaram-se, também, os Programas do Ministério da Saúde. O plano teve como base o Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se com este trabalho um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus na área de abrangência de atendimento desta equipe e melhoria na qualidade de vida de todos eles.

Palavras chave: Hipertensão. Diabetes mellitus. Atenção Primária à Saúde. Fatores de risco. Educação em saúde

ABSTRACT

Non-communicable chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus are important causes of morbidity and mortality and cause high economic costs. The adequate control of patients with arterial hypertension and diabetes mellitus should be one of the priorities of Primary Health Care. The objective of this study was to elaborate an intervention plan to improve the follow-up of the hypertensive and diabetic group of the Basic Health Unit Mocambeiro / Matozinhos / Minas Gerais. For the construction of the intervention plan, a bibliographic survey was carried out in the Virtual Health Library, with the following descriptors: primary health care, hypertension, diabetes mellitus, risk factors and health education. Programs of the Ministry of Health were also used. The plan was based on Strategic Situational Planning. This work is expected to provide a more effective follow-up of patients with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in the area of service coverage of this team and improvement in the quality of life of all of them.

Keywords: Hypertension. Diabetes mellitus. Primary Health Care. Risk factors. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
3 OBJETIVO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Matozinhos

Matozinhos é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, estando a 47km de distância da referida capital. Possuía em 2010 uma população de 33.955 habitantes e para 2013 a população estimada foi de 36.031 habitantes em uma área de 252.280 km² (IBGE, 2014)

Os remanescentes de Dom Rodrigo de Castelo Branco foram os primeiros habitantes que chegaram à região onde se localiza Matozinhos. Após a morte de Dom Rodrigo, seus companheiros instalaram –se nas terras ao redor de onde se encontravam. Há vestígios de que a região fora anteriormente habitada por indígenas, muito embora não se conheça ao certo suas tribos e costumes característicos.

Matozinhos teve início ao redor da capela do Senhor Bom Jesus, que foi construída no local onde foi descoberta uma imagem do santo, entre ruínas de antigo acampamento. A imagem era a do senhor Bom Jesus, que passou então a ser o padroeiro de Matozinhos e até hoje, multidões de fiéis fazem romaria à cidade no mês de setembro (IBGE, 2014).

O setor produtivo na cidade engloba a indústria, comércio e serviços. A economia de Matozinhos é diversificada pelas atividades de agropecuária, industriais e de prestação de serviços, com predomínio desta última.

1.2 O sistema municipal de saúde e a Unidade Básica de Saúde da Família.

Matozinhos conta com um Hospital denominado Vanda Andrade Drumond, com atendimento de 52 leitos.

A implantação do Programa de Saúde da Família iniciou-se no ano de 1997, contando hoje com 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) e duas equipes de saúde bucal nos principais bairros da cidade. Possui também redes de média e alta complexidade como Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e

serviços de apoio a pacientes com deficiência física e mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOZINHOS, 2017).

A Equipe de saúde Mocambeiro, onde trabalho como médica, é composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma médica, três Agentes Comunitários de Saúde, uma auxiliar administrativa, um cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

A ESF Mocambeiro está alocada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Mocambeiro e é dividida em quatro microáreas e possui uma população de 2.750 habitantes, totalizando 834 famílias.

O bairro está numa área de periferia da zona urbana e possui uma população em sua predominância de baixas condições socioeconômicas. A unidade básica de saúde onde se encontra a ESF possui uma boa estrutura física: uma recepção, um consultório, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma cozinha, três banheiros, área para reuniões de equipes e realização de grupos operativos.

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Mocambeiro ocorreu a partir de reuniões da equipe de saúde, observação ativa da área, atendimentos clínicos à demanda aos serviços de saúde, e às anotações nos prontuários.

Após a identificação dos problemas, realizou-se a priorização daqueles que seriam enfrentados. Como critérios para seleção dos problemas, a ESF considerou: a importância do problema, sua urgência, e a capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no quadro 1.

Quadro1 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Mocambeiro, Matozinhos, Minas Gerais, 2017.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensos e diabéticos que não tem acompanhamento adequado com má adesão ao tratamento ou desconhecimento do mesmo.	Alta	10	Parcial	1

Alta prevalência de diabéticos pouco ou não controlados associados a hipertensão.	Alta	5	Parcial	2
Transtornos mentais (depressão)	Alta	3	Parcial	3
Número elevado de pacientes fumantes não registrados	Alta	4	Fora	4
Uso de drogas e alcoolismo	Alta	3	Fora	4

Na área de abrangência da ESF, a partir do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram identificados 397 hipertensos e 82 diabéticos.

Depois de identificação dos problemas, a equipe de saúde se reuniu para estabelecer as diretrizes do trabalho em conjunto. Decidimos que no momento atual deveríamos propor e realizar ações efetivas **com** e **para** a população maior de 15 anos devido ao problema principal relacionar-se com a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além do mais, trata-se de um problema sobre o qual podemos atuar de forma imediata e sem a participação direta de outras estruturas do governo.

O diagnóstico se pautou na observação ativa, entrevistas e dados obtidos nos prontuário e fichas familiares. Identificamos, também, que além do grande número de pessoas com HA e DM a baixa adesão ao tratamento é real bem como a falta de informação sobre a importância da sistematização do tratamento tanto medicamentoso como no medicamentoso para o controle da doença.

2 JUSTIFICATIVA

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde estima prevalência da hipertensão arterial em torno de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MINAS GERAIS, 2015).

Tendo em vista a necessidade de dar resposta ao enfrentamento das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais sistematizou o Programa Hiperdia Minas, com a missão de :

[...] coordenar a estruturação da Rede de Atenção à Saúde da População Portadora de Hipertensão Arterial, Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica em Minas Gerais, por meio de sistema regionalizado e integrado de ações em saúde (MINAS GERAIS, 2010, p.2).

Há, portanto, vários desafios a serem vencidos para diminuir a incidência de pessoas com hipertensão. Na nossa área de abrangência, voltamos a afirmar, a HAS é o principal problema de saúde, neste estudo, priorizado, tanto pelo alto número de hipertensos quanto pelos hipertensos que não se encontram controlados além de terem outras doenças associadas.

“A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações CV, especialmente infarto do miocárdio e AVE, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 18).

No que diz respeito ao Diabetes, juntamente com a hipertensão, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde também adverte e explicita que:

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as

dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013, p. 20).

Assim, pretendemos atender nossos usuários com vistas à identificação precoce e acompanhamento mais ativo do tratamento para que não tenham complicações graves advindos da HAS e do DM.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o acompanhamento do grupo de hipertensos e Diabéticos da UBS Mocambeiro em Matozinhos, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção proposto para os usuários com HAS e DM moradores na área adstrita da UBS Mocambeiro teve origem a partir do diagnóstico situacional realizado e se baseia no método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional conforme descrito por Campos, Faria e Santos (2010).

Para a construção deste plano foi necessário para sua fundamentação a busca de trabalhos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e, ainda, a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em saúde Coletiva, além de Programas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

Os descritores utilizados para busca dos artigos nas bases de dados foram: Atenção Primária à Saúde, hipertensão, fatores de risco e educação em saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo Araya-Orozco (2004) aproximadamente um quarto da população mundial é hipertensa e é considerada fator de risco para doenças cardiovasculares

A prevenção da hipertensão e do diabetes *mellitus* se faz de fundamental importância melhorar o prognóstico e a qualidade de vida da população, além de outros fatores intervenientes como gastos públicos com a saúde. Ressalta-se que é na Atenção Primária em Saúde que a população tem seu primeiro contato com a prevenção e tratamento dessas doenças(TORTORELLA *et al.*, 2017).

Ainda Tortorella *et al.* (2017, p. 470) destacam que

O Cadastramento Familiar no SUS possibilita levantar informações sobre a prevalência desses agravos, de forma que se faz importante uma maior exploração desses dados para maior conhecimento e monitoramento dessas morbidades, contribuindo para a destinação de recursos da Saúde às áreas de maior risco, além da verificação se as políticas públicas em saúde existentes são eficazes na redução da incidência dessas doenças.

Conforme descrito nas diretrizes de hipertensão, os fatores de risco para a HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sódio e de álcool por períodos prolongados de tempo, sedentarismo, nível socioeconômico, genética e outros fatores de risco cardiovascular como os fatores ambientais que podem como o estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Assim, a prevenção primária da HAS deve ser implementada o que abrange medidas preventivas não medicamentosa, medicamentosa e estratégias de implementação de medidas de prevenção. Em relação às medidas não medicamentosa destacam-se as mudanças no estilo de vida, pressão arterial limítrofe, “alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Quanto às medidas medicamentosas, em pessoas com pressão arterial limítrofe o tratamento medicamentoso é indicado apenas em condições de risco cardiovascular alto ou muito alto e pessoas em risco, observando-se as situações em separado e medicação pertinente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em relação às estratégias de implementação de medidas de prevenção é um grande desafio para os profissionais. Reafirma-se, entretanto que a “ prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Girão e Freitas (2016) complementam, para a prevenção dos fatores de risco, ser essencial a construção de vínculo com os usuários e estes se sintam acolhidos o que poderá ser útil para que o tratamento da HAS se efetive e se consiga seu controle e prevenção dos agravos.

Para que o controle e a adesão da HAS ocorram, torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capazes de ir além do mero conhecimento dos fatores objetivos que influem nesse controle. Ou seja, os profissionais devem procurar conhecer, em profundidade, o modo como os sujeitos pertencentes a este grupo populacional percebem a doença e a terapêutica (LEAO; SILVA, 2013, p. 229).

No que diz respeito ao Diabetes Melito, o rastreamento de acordo com O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 27).

Quadro 2 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

-
- Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:
 - História de pai ou mãe com diabetes;
 - Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
 - História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
 - Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35mg/dL)
 - Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
 - Obesidade severa, acanthosis nigricans;
 - Síndrome de ovários policísticos;
-

-
- História de doença cardiovascular;
 - Inatividade física;
-

É importante lembrar um pouco sobre o que vem ocorrendo com o DM no mundo e no Brasil. O DM tem crescido em termos de prevalência e se associa pela sua crescente prevalência e regularmente à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. Trata-se de um problema de saúde que, se tratado efetivamente na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes devido às complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde tece as seguintes considerações:

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de Saúde (BRASIL, 2013, p.21).

Os profissionais de Saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas característicos do DM, classificados como os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Devem se atentar, também, para os sintomas menos clássicos como o prurido, a visão turva e a fadiga (BRASIL, 2013).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016, p.221), desde 1980, “o tratamento do diabetes vem se tornando cada vez mais complexo com a incorporação de novas classes terapêuticas, além de uma série de novas tecnologias ao alcance do paciente para uso em seu dia a dia”. Assim, não só os pacientes, mas também os profissionais de saúde devem buscar informações e trocar conhecimentos para melhor compreender e cuidar do diabetes. Isso implica buscar e trocar esses conhecimentos com os pacientes e seus familiares desde o diagnóstico, para que possam desenvolver habilidades para o autocuidado.

Denomina-se educação em diabetes o processo de desenvolvimento dessas habilidades e a incorporação de ferramentas necessárias para atingir as metas estabelecidas em cada etapa do tratamento. Portanto, a educação em diabetes é a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá o autocontrole por parte do paciente (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p. 223).

Ainda de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) a promoção do autocuidado se faz a partir do conhecimento que se tem sobre o DM e tudo que o envolve e, assim, o paciente poderá fazer escolhas de vida que promovam ou não a qualidade de vida, de forma geral. Destaca que a abordagem educativa deve buscar transformar a vida do paciente sem ameaças e controle: educar.

Costa *et al.* (2011) afirmam que o desconhecimento do DM tanto por parte dos pacientes quanto dos cuidadores junto à inadequada capacitação e diálogos entre os profissionais de Saúde dificultam, em muito a adesão ao tratamento.

Costa *et al.* (2011) destacam a importância de conscientizar o paciente diabético para a adoção de novos hábitos e estilo de vida e dos os riscos a que estão expostos como as complicações do DM não controlado. Incluem, de maneira primordial, a família e os amigos, construindo, dessa forma, uma rede de apoio para as mudanças ocorram e se obtenha sucesso com o tratamento. E que a equipe de saúde, ao cuidar do paciente com diabetes, se atente para os fatores comportamentais e emocionais trazidos por cada um deles a fim de planejar um cuidado singular e integral.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foram citados inicialmente os problemas de saúde identificados na nossa área de abrangência, a priorização de um deles que, no momento, se tonou mais importante para que fossem apresentadas ações que o minimizassem. A partir da identificação dos problemas de saúde, a equipe se reuniu, discutiu e ainda confirmou os nós críticos para a alta prevalência de hipertensos e diabéticos, com pouca adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso.

6.1 Nós críticos para a HAS e o DM

O controle da HAS e do DM se associa a outros problemas que atuam como fatores de risco e interferem na qualidade de vida dos pacientes. São eles:

- Pouca adesão ao tratamento;
- Maus hábitos alimentares;
- Sedentarismo;
- Baixo conhecimento sobre a doença;
- Subregistro de hipertensos;
- Falta de percepção dos hipertensos e diabéticos sobre os riscos dessas doenças.

6.2 Desenho das operações, resultados e produtos esperados para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós” críticos do problema

No critico	Operações/ Projetos	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Pouca adesão ao tratamento	Cuidando mais de mim Informar aos apcientes sobre Importância da continuidade do tratamento medicamentoso e não	Pacientes conscientes da importância da continuidade do tratamento. Diminuir o abandono ao tratamento	Grupos educativos ativos	Financeiro: Material educativo Cognitivo: palestras, cartaz

	medicamentoso	Maior adesão ao tratamento		
Maus hábitos Alimentares	Por uma dieta saudável Orientar acerca da alimentação saudável	Usuários com alimentação mais saudável e uso da cultura local em relação aos alimentos da região.	Mudar estilo de vida e Lograr hábitos nutricionais mais saudáveis	Financeiro: Material educativo recursos áudio visuais, Cognitivo: Conhecimento de Nutrição
Sedentarismo	Exercitando-se Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos	Prática de atividade física semanal.	Reduzir o peso corporal e mudar hábitos e estilos de vida	Político: conseguir espaço para grupos de caminhada Instrutor de esportes local para a atividade
Baixo conhecimentos Sobre a doença	Se sei, mudo. Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e Diabetes	População mais informada sobre a doença que sofre.	Grupos educativos de 15 em 15 dias	Cognitivo Conhecimento científico sobre HAS e DM Financeiro: Material educativo recursos áudio visuais
Sub -registro de hipertensos	Cadastro em alta Avaliação de cada usuário ou hipertenso para sua Classificação. Cadastro de todos os usuários com HAS	Usuários cadastrados e acompanhados de perto. Administrar corretamente o tratamento preciso a cada paciente	Cadastro de Usuários com HAS. Controle de HAS	Cognitivo Conhecimento científico sobre HAS Financeiro: aquisição de fichas para cadastro dos usuários.
Falta de percepção dos pacientes com HAS e DM dos riscos	Riscos não.! Fomentar o conhecimento dos fatores de risco	Elevar o nível de conhecimento dos participantes, sobre fatores de riscos de H.A.S e Diabetes Mellitus	Motivação dos participantes nas palestras.	Cognitivo Conhecimentos científicos, Capacitação da equipe. Financeiro: Placas Informativas, material didático

6.3 Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos”

Operação/projeto	Recursos críticos
Por uma dieta saudável	Político -conseguir espaço nos meios locais para realização dos grupos educativos Financeiro -para adquirir recursos Audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Se sei, mudo	Cognitivo : grupos educativos para se tratar do tema e assim, aumentar conhecimentos da população
Exercitando-se	Cognitivo : Conhecimentos sobre a importância dos exercícios físicos . Político : mobilização social, parceria (Educador físico) , disponibilidade de materiais, organizacionais auxiliar a os grupos e equipes Espaço para caminhadas e exercícios físicos.
Riscos, não!	Cognitivos : Conhecimento sobre os riscos da HAS e DM. Político : parceria da equipe de saúde e mobilização social. Organizacional : auxiliar a equipe na divulgação no grupo
Cadastro em alta	Político : decisão de aumentar os recursos para reestruturar os serviços. Financeiro : recursos necessários para compra de mais fichas (custeio e equipamentos)
Cuidando mais de mim	Financeiro : Material educativo Cognitivo : reuniões de grupos, palestras, cartaz

6.4 Análise de viabilidade do plano

Quadro 4- Viabilidade do plano de intervenção para a alta incidência de usuários com HAS e DM

Operações/ projeto	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
	Ator que controla	Motivação	
Por uma dieta saudável	Secretária municipal de Saúde, Médico, Enfermeiro	Favorável	Apresentar o projeto para participação de nutricionistas
Se sei, mudo.	Médico e Enfermeiro	Favorável.	Apresentar o Projeto para a gerente e equipe de saúde
Cadastro em alta	Equipe de Saúde.	Favorável	Sensibilizar toda a equipe para a importância do cadastramento dos usuários com HAS e DM Protocolo de atendimento.
Cuidando mais de mim	Médico Enfermeiro	Favorável.	Grupos educativos de 15 em 15 dias para atender grupos menores de usuários.
Exercitando-se	Enfermeiro Educador físico	Favorável	Apresentar projeto para organizar o trabalho a secretaria de saúde
Riscos não.!	Médico e Enfermeiro	Favorável	Grupos de educação ativos

No Quadro 5 está apresentado o plano operativo.

Quadro 5- Elaboração do plano operativo

Operações	Metas	Ações	Responsável	Prazo
Por uma dieta saudável	Mudar estilo de vida e Mudar hábitos nutricionais e mais saúde.	Palestras sobre Alimentação saudável Divulgar com material educativo, folhetos, cartazes. Buscar informação hábitos nutricionais em Brasil	Coordenador de Atenção primária e Equipe de saúde	Início em 4 meses
Se sei, mudo.	População mais informada sobre a doença que sofre e seus riscos.	Aumentar o nível de informação da população com palestras sobre HAS e DM material informativo cartazes folhetos. Conversa direta em cada consulta	Equipe de saúde	Início em janeiro
Cuidando mais de mim	Diminuir o abandono ao tratamento e conseguir acompanhamento médico programado	Manter pesquisa para as incidências e acompanhamento da prevalência Informação mantida sobre Importância da continuidade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Equipe de saúde	Início em março
Cadastro em alta	Conhecer a prevalência real já que existe subregistro para fazer trabalho de intervenção em etos grupos	Fazer pesquisa em cada consulta, visita domiciliar, com líderes de a comunidade.	Equipe de saúde	Início em abril
Exercitando-se	Aumentar a pratica de atividade física	Incentivar a pratica de atividade física Criar um grupo pessoas de terceira idade, de HAS e DM para a prática de exercícios além de um grupo de obesos.	Coordenador de Atenção primaria e Equipe de saúde	Início em 6 meses
Riscos não.!	Conseguir acompanhamento em o 100% dos	Oferecer acompanhamento estabelecido por		Início em abril

	<p>hipertensos diagnosticados</p> <p>Educar as pessoas para o autocuidado a partir do conhecimento dos riscos da HAS e DM não controlados.</p>	<p>linha-guia de hipertensão arterial diabetes mellitus.</p> <p>Manter grupos educativos em funcionamento</p>	<p>Equipe de saúde</p>	
--	--	---	------------------------	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A origem deste trabalho se deveu ao fato de ter encontrado na nossa área de abrangência grande número de pessoas com HAS e DM. Encontrou-se, também, baixa adesão ao tratamento pelas pessoas do PSF Mocambeiros de Matozinhos, verificando-se que os nós críticos que influenciam negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso são: baixo nível de conhecimento e informação sobre HAS e sobre DM, necessidade de mudança de estilo de vida, maus hábitos alimentares; sedentarismo e falta de percepção dos hipertensos e diabéticos sobre os riscos dessas doenças.

Para melhorar a adesão ao tratamento, é importante que os serviços de saúde, principalmente o PSF tracem estratégias de ação, que contribuam para o sucesso do tratamento e da afetividade das ações de saúde.

O plano de ação se mostra como um instrumento adequado e importante para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia. A elaboração do plano de intervenção no PSF Mocambeiros foi de suma importância para poder esquematizar ações que permitam aos usuários, manter seus níveis pressóricos e glicêmicos normais, seguindo os preceitos do Ministério da Saúde e, tenham, portanto, melhor qualidade de vida.

REFERENCIAS

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ARAYA-OROZCO, M.. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. **Rev. costarric. cienc. méd**, v. 25, n. 3-4, p. 65-71, 2004.

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.

BRASIL. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. v. 88 (Supl 1), p. 1-18, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. 2013.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, J. A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2, e60015, 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Matozinhos [online],2014.Disponível em:http://ibge.gov.br/cidades_at/painel/painel.php

LEAO E SILVA, L. O. et al . "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**, v. 23, n. 1, p. 227-242, 2013

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo Clínico dos Centros Hiperdia Minas**. 2015. Disponível em: www.saude.mg.gov.br

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 2606**, de 7 de dezembro de 2010, que "Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. , p.1-10, 2010

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOZINHOS, 2017. Disponível em-www.matozinhos.mg.gov.br/

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** v. 107, n. 3, Suplemento 3, p.1-83, 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Parâmetros para controle, diagnóstico e tratamento HAS. **Rev.Bras. de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p. 4-62, 2010

TORTORELLA, C. C. S. et al . Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 469-480, 2017