

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CARLA MARQUES DE ALMEIDA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO PROGRAMA  
HIPERDIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATY III NO MUNICÍPIO DE  
POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

**BELO HORIZONTE**

**2020**

**CARLA MARQUES DE ALMEIDA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO PROGRAMA  
HIPERDIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATY III NO MUNICÍPIO DE  
POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina Souza da Silva

**BELO HORIZONTE**

**2020**

**CARLA MARQUES DE ALMEIDA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO PROGRAMA  
HIPERDIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATY III NO MUNICÍPIO DE  
POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Aline Cristina Souza da Silva

Banca examinadora

Professora Aline Cristina Souza da Silva, Doutora em Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Professora Nayara Ragi Baldoni, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em     de     de 2020.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este projeto a equipe da Unidade Básica de Saúde Itamaraty no município de Poços de Caldas que muitos contribuíram para a realização deste estudo.

Dedico também aos professores e orientadores do curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, que acompanharam todo este trabalho e ofereceram suas experiências e habilidades para, em conjunto, fazermos um projeto que realmente possa mudar a vida da comunidade onde atendemos.

Dedico aos meus familiares, que estiveram sempre comigo, acompanhando e ajudando a superar os desafios de um trabalho árduo, porém, muito gratificante.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela força e coragem para enfrentar os obstáculos e seguir sempre em frente. A fé tem me levado cada vez mais para os caminhos bons da vida pessoal e profissional.

À minha família, pelo apoio, compreensão e amor, que me deram forças e coragem para a longa jornada.

À minha orientadora, pela paciência e pela dedicação, que auxiliou na confecção desse projeto e com sua experiência soube trazer novos conceitos para o meu aprendizado.

Aos meus professores e amigos do curso, pela amizade, dedicação, compreensão e troca de experiências.

Aos coordenadores do curso, que contribuíram para minha formação e para meus conhecimentos.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram e me ajudaram nesta caminhada.

Aos funcionários da biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais, pelos serviços prestados com dedicação e alegria.

Aos nossos pacientes, que nos dão forças para continuar sempre em busca de melhorias para a saúde humana, sem vocês, nada disso seria possível.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização e conclusão deste projeto, e que, por algum momento acreditaram que tudo seria possível.

A todos, muito obrigada.

*Dentre tudo que escolhi  
A Medicina me envolveu  
e de tudo que aprendi  
acho que nada se perdeu.*

*Com o cérebro, aprendi o que é pensar  
que o bombear...  
só cabia ao coração  
mas no fundo percebi o grande amor  
de receber e aceitar essa missão.*

*Já dizia Hipócrates, o pai da medicina  
“cure algumas vezes, alivie quando possível, console sempre”  
para que dentro de nossas mentes  
aceitemos a nossa sina  
ao fazermos nossa parte  
aperfeiçoando essa bela arte  
como artesãos guiados pela mão divina.*

*Certa vez li em algum lugar  
que pensar, é uma capacidade tão humana  
se formos parar pra entender  
o que poderia ser mais bacana  
que estudar esse nobre ser?*

Álvaro Andrade

## RESUMO

O trabalho justifica-se em priorizar a assistência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) através do Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) evidenciando aos pacientes a importância de participar do programa, aumentando assim a adesão dos mesmos. Nas reuniões com o grupo é enfatizado a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS e DM através de mudanças no estilo de vida e dos hábitos alimentares, bem como dos benefícios com adesão ao tratamento medicamentoso. É perceptível as melhorias na qualidade de vida dos pacientes que frequentam as reuniões, portanto, o objetivo do projeto é elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao programa HIPERDIA-, visando as melhorias na qualidade de vida desses pacientes. A proposta de intervenção apresentada para a situação “os impactos do programa “HIPERDIA” em hipertensos e diabéticos” após a sua instalação na unidade básica de saúde Itamaraty III em Poços de Caldas é de extrema importância para o incentivo e conscientização do paciente em relação aos perigos destas doenças, suas complicações e opções de tratamento que podem melhorar a qualidade de vida e controlar os níveis glicêmicos e pressóricos. E os planos de ações aqui propostos devem interagir entre si, como uma condição de dependência mútua.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*. Hipertensão. Cooperação e adesão ao tratamento.

## ABSTRACT

The work is justified in prioritizing the assistance of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) through the Hypertensive and Diabetic Registration and Monitoring System (HYPERDIA), showing patients the importance of participating in the program, thus increasing their adherence. In meetings with the group, emphasis is placed on improving the quality of life of patients with SAH and DM through changes in lifestyle and eating habits, as well as the benefits of adhering to drug treatment. It is noticeable the improvements in the quality of life of the patients who attend the meetings, therefore, the objective of the project is to develop an intervention plan to increase adherence to the HIPERDIA program, aiming at improving the quality of life of these patients. The intervention proposal presented for the situation “the impacts of the“ HIPERDIA ”program on hypertensive and diabetic patients” after its installation at the basic health unit Itamaraty III in Poços de Caldas is extremely important for encouraging and raising awareness of patients regarding dangers of these diseases, their complications and treatment options that can improve quality of life and control blood glucose and blood pressure levels. And the action plans proposed here must interact with each other, as a condition of mutual dependence.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Hypertension. Cooperation and adherence to treatment.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Aspectos epidemiológicos segundo a condição de saúde e número de casos	15
Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III	17
Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III de Poços de Caldas, Minas Gerais	18
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Equipe despreparada para o cadastramento de pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	31
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” Pacientes desinformados quanto à importância do programa HIPERDIA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	32
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” Pacientes desinformados quanto à importância do programa HIPERDIA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Aspectos gerais do município de Poços de Caldas	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Itamaraty III	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família	15
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde	16
1.7 O dia a dia da equipe da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	20
<b>3 OBJETIVOS</b>	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
<b>4 METODOLOGIA</b>	23
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	24
5.1 Diabetes Mellitus	24
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	25
5.3 Programa HIPERDIA	26
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados, produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto ao décimo)	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município de Poços de Caldas

A cidade de Poços de Caldas está localizada na região sudeste do estado de Minas Gerais distando 461 km da capital do Estado. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) a população em 2019 foi estimada em 167.397 pessoas e uma densidade demográfica de 278,54 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2017).

Poços de Caldas vive basicamente do turismo, da indústria de alumínio e de fábricas de cristais. É uma cidade bem estruturada com comércios, supermercados, restaurantes, escolas, universidades, farmácias e hospitais. A cidade se destaca também por causa de seus recursos do subsolo como extração de bauxita e outros minerais (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2018).

Quando se fala em turismo, Poços de Caldas se destaca com alguns pontos de lazer como: Poços de Caldas Golf Club, Termas Antônio Carlos, Calendário Floral, Palace Hotel, Rio das Antas, Represa Bortolan, Região Central à noite, Praça dos Macacos, Bairro Bortolan, Coreto na praça central, o Cristo da Montanha e as águas termais sulfurosas que ajudam a movimentar o comércio local (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2018).

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Poços de Caldas é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e está organizada em: Atenção Básica, Atenção Especializada, Saúde Mental, Urgência e Emergência, Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

A SMS conta com um Setor de Medicina Social; Setor de Tratamento fora do Domicílio e toda a área de gestão administrativa e financeira da rede de atenção à saúde. Cada uma dessas áreas está formada por 32 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 26 na área urbana e seis na área rural, com 28 Equipes de Saúde da

Família cadastradas, quatro equipes de Saúde Bucal e três Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); três Unidades Básica de Saúde (UBS); programa materno infantil; uma equipe de atenção domiciliar; dois consultórios volantes de odontologia; um consultório odontológico no centro de referência DST/AIDS; e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

O Sistema único de Saúde (SUS) de Poços de Caldas conta com serviços privados que mantém convênio ou contrato com a Prefeitura como o Hospital Santa Casa de Poços de Caldas; o Hospital Santa Lúcia; a Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE); a Clínica Santa Clara (internação para dependentes químicos); a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas (ADEFIPE) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS 2014 A 2017).

### 1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade a qual fazemos atendimento se localiza em um bairro de periferia, porém, com boas condições sanitárias, energia elétrica em todas as casas, água tratada, serviços de telefonia e internet. As ruas são asfaltadas e com acesso facilitado para outras localidades do município.

A escola da comunidade oferece o ensino fundamental e médio. A população da comunidade, em sua maioria é composta por jovens e adultos. Entre os jovens, são poucos que não frequentam a escola.

A comunidade possui transporte público, vias de acesso facilitadas para o centro comercial da cidade. O uso de bicicletas como meio de transporte é muito comum na região. E existe um alto índice de gestantes jovens que fazem acompanhamento de pré-natal.

A maior parte da população pertence à classe média e baixa do município, e uma quantidade significativa de “ciganos” na região, sendo frequente o analfabetismo nesse grupo e eles não contribuem com sua força de trabalho. Porém é uma

diversidade cultural interessante e que chama a atenção para os hábitos e costumes, principalmente quando promovem festas que duram dias.

Atualmente a quantidade de pessoas desempregadas tem aumentado consideravelmente, levando em conta as condições socioeconômicas do município e até mesmo do estado e isso tem prejudicado bastante o crescimento econômico da cidade.

Pesquisas feitas pelos agentes comunitários de saúde deixou claro que a principal causa de morte da região consiste em complicações causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM), com destaque para as doenças cardiovasculares que são frequentes entre os mais idosos.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público por parte do Governo Federal para melhorias em escola, centros de saúde, creches, asilos, dentre outros. Apesar dos investimentos existem problemas de infraestrutura. Em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa, algumas melhorias têm sido feitas. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães carentes.

As principais causas de óbitos na comunidade foram as doenças cardíacas, as doenças respiratórias e morte por complicações do DM e HAS. E as principais causas de internação foram trauma, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, insuficiência cardíaca e nefropatia diabética. As doenças de notificação da comunidade atendida na UBS são: sífilis, dengue, chincungunha, zica e tuberculose. O quadro abaixo mostra as principais condições de saúde da população da comunidade (Quadro 1).

Quadro 1- Aspectos epidemiológicos segundo a condição de saúde e número de casos

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Pessoas com tuberculose	05
Pessoas com hanseníase	09
Pessoas que tiveram AVC	18
Acamados	19
Usuários de drogas	37
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	41
Pessoas com câncer	47
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	74
Gestantes	82
Pessoas que tiveram infarto	86
Pessoas com sofrimento mental	98
Pessoas com doença cardíaca	112
Pessoas que fazem uso de álcool	114
Fumantes	257
Pessoas com Diabetes Mellitus	284
Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	304

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Itamaraty III

A população adstrita é de 4.219 pessoas, com um número de 983 famílias, atendendo área urbana e rural. A maior parte da população encontra-se na faixa etária dos 20 a 50 anos de idade.

A unidade conta com equipamentos necessários para exames ginecológicos, curativos, exames laboratoriais, atendimento de emergência, campanhas para vacinação, sala de reuniões, onde os grupos operativos funcionam, sala de espera e de triagem. A unidade é de fácil acesso, mas para aqueles que não conseguem ir até a unidade tem o transporte da prefeitura que busca em casa para consultas e exames.

#### 1.5A Equipe de Saúde da Família

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III é composta por: um médico, duas enfermeiras, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma auxiliar administrativa e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

### 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde Itamaraty funciona de 07h:00min às 17h:00min de segunda a sexta-feira. Tem um fluxo grande de usuários e todos estão cadastrados. Dentro deste horário de atendimento, são feitas as visitas domiciliares para atendimento daqueles que não podem ou não têm condições para se deslocarem até a unidade.

### 1.7 O dia a dia da equipe da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III

O dia a dia da equipe é bem intenso, são realizadas oito consultas mais duas demandas no período da manhã e tarde. As demandas espontâneas são atendidas tanto na parte da manhã quanto na parte da tarde, dando preferências para urgências e emergências. E são feitas 12 consultas domiciliares por mês.

A equipe ainda trabalha com campanhas de vacinação e grupos operativos de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA). Há também uma atenção especial para crianças e idosos em situações de risco.

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da Unidade Básica estão descritas no quadro 2.



**Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III.**

Profissional	Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Médica	Manhã	Consultas agendadas + demanda espontânea	Consultas agendadas + demanda espontânea	Dia de estudo	Consultas agendadas + demanda espontânea Visitas domiciliares (1x/mês)	Consultas agendadas + demanda espontânea
	Tarde	HIPERDIA	Pré- natal	Dia de estudo	Saúde Mental + Reunião de equipe	Puericultura
Enfermeira	Manhã	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
	Tarde	HIPERDIA	Pré- natal	Preventivo	Resultado de exames + Reunião de equipe	Puericultura
Técnico de enfermagem	Manhã e tarde	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento + Reunião de equipe	Acolhimento
ACS	Manhã e tarde	Visita + Cadastramento familiar	Visita + Cadastramento familiar	Visita + Cadastramento familiar	Visita + Cadastramento familiar + Reunião de equipe	Visita e Cadastramento familiar

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após uma análise da equipe de saúde foram listados alguns problemas na UBS Itamaraty, que se destacam:

- 1- Dificuldade de organização da agenda médica. O fluxo de atendimento é grande e a demanda espontânea tem crescido muito, e há dificuldades de organizar a agenda, principalmente dos retornos;
- 2- Faltam alguns medicamentos na unidade e as cotas para exames não são suficientes para a demanda;
- 3- Necessidade de maior integração da equipe. Percebe-se que existem falhas no processo de comunicação entre a equipe e que isto tem influenciado na qualidade do atendimento;
- 4- Necessidade de maior apoio do NASF;
- 5- Dificuldade em obter consulta com especialistas, ou seja, longas filas de espera e demora nos diagnósticos;

6- Apesar de a unidade ser bem estruturada, o espaço tem sido um de nossos maiores problemas na hora do acolhimento. A sala de espera ficou pequena diante da demanda de usuários.

### 1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Entre os problemas encontrados foram selecionados os mais urgentes e que necessitam de total capacidade de enfrentamento por parte da equipe. Estes problemas estão listados no quadro abaixo:

#### **Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III de Poços de Caldas, Minas Gerais.**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de hipertensos e diabéticos com baixa adesão ao tratamento	Alta	6	Parcial	2
Dificuldade de organização da agenda médica	Alta	6	Total	3
Falta de adesão ao programa HIPERDIA	Alta	6	Total	1
Necessidade de maior apoio do NASF	Alta	4	Parcial	5
Dificuldade em obter consulta com especialista	Alta	4	Fora	4
Espaço reduzido na sala de espera e sala de triagem	Média	4	Fora	6

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Na UBS Itamaraty têm alta prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos e trabalhar com a adesão ao tratamento é a necessidade prioritária. Encontramos dificuldade também na organização da agenda médica já que existe uma grande

demanda de casos agudos, dificultando as consultas com priorização na prevenção e promoção da saúde.

O processo de comunicação da equipe tem sido bem deficitário, parece faltar interação entre eles e isto tem dificultado também o trabalho em equipe, principalmente nos atendimentos de urgência e emergência.

As dificuldades em obter consultas com especialidades também tem sido o grande problema de nossa unidade, já que a demanda é grande e as filas de espera também. A unidade, apesar de bem estruturada, o espaço é pequeno para a demanda e a sala de espera e de triagem são pequenas.

## 2 JUSTIFICATIVA

O trabalho justifica-se em priorizar a cobertura de pacientes com HAS e DM , promovendo a adesão dos mesmos ao sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), enfatizando aos pacientes a importância do programa, expondo as informações sobre a doença, os fatores de risco e sobre os tratamentos adequados, principalmente visando o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso que na comunidade atendida na UBS Itamaraty III de Poços de Caldas, tem sido muito baixa.

A baixa adesão ao tratamento se deve à falta de acompanhamento adequado e falta de conscientização da população sobre a importância deste tratamento para melhoria da qualidade de vida e para se evitar complicações. Porém, foi detectado que nem todos os pacientes diabéticos e hipertensos participam do HIPERDIA, não tendo assim, acesso às reuniões, às palestras, e às informações importantes sobre essas doenças e sobre o tratamento.

Nas reuniões é bastante enfatizado a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS e DM através de mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, conscientizado os usuários da necessidade da adesão ao tratamento medicamentoso. Além disso, é discutido sobre as formas de prevenir as complicações causadas por ambas as doenças.

A intensão do projeto é avaliar os impactos do HIPERDIA na vida dos pacientes hipertensos e diabéticos após algum tempo de participação no programa e comparar estes impactos positivos aos pacientes que não participam do programa. Tem-se percebido melhorias na qualidade de vida e mudanças significativas nos hábitos de vida dos pacientes que frequentam as reuniões, dessa forma, avaliar o programa e os seus resultados se torna de extrema importância para garantir que estas melhorias continuem.

Da mesma forma é importante aumentar a adesão ao programa para que os resultados sejam ainda melhores.

A baixa adesão ao programa pode ser justificada por vários fatores como: erro no cadastramento dos pacientes; omissão de informações por parte da equipe de saúde; falta de acompanhamento da equipe de saúde para os pacientes que procuram a unidade com doenças como hipertensão e diabetes; captação deficiente de pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos gerais**

Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão no programa HIPERDIA de pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica , visando as melhorias na qualidade de vida desses pacientes.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Ampliar a cobertura de diabéticos e hipertensos;
- Realizar campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida dos pacientes;
- Melhorar o programa HIPERDIA após avaliação de seus resultados.

#### 4 METODOLOGIA

Antes de dar início ao projeto foram feitas reuniões com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty para verificar quais eram os problemas mais prevalentes na comunidade, e quais os impactos que o programa HIPERDIA tiveram sobre os pacientes com HAS ou DM atendidos na unidade.

Após essa verificação foi acordado elaborar um projeto de intervenção para avaliar quais os impactos da participação dos pacientes hipertensos e diabéticos no programa HIPERDIA. E para isso foi utilizado o Utilizamos também o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2017).

Para a realização deste projeto então, foi realizado uma Revisão Bibliográfica, utilizando periódicos, livros e anais de congressos, publicados nos últimos 10 anos e que estavam em língua portuguesa, obtidos a partir de banco de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*.

Trata-se também de uma pesquisa de campo, que teve por finalidade observar a realidade dos usuários da área de abrangência que são hipertensos e diabéticos após participarem de um programa de saúde voltado para melhoria na qualidade de vida. Através destas observações, dados foram colhidos para comprovar a viabilidade deste projeto. Posteriormente, tais dados foram analisados e interpretados tendo como base uma fundamentação teórica sólida para comprovar os resultados esperados.

Para a construção do projeto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Diabetes *Mellitus*

O DM é uma doença crônica de etiologia multifatorial envolvendo fatores genéticos, biológicos e ambientais sendo caracterizada por aumento da glicemia no sangue, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRUTSAERT, 2017; BRASIL, 2019).

O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) caracteriza-se por ser uma doença autoimune em que ocorre destruição das células beta pancreáticas, causando assim a deficiência da produção de insulina e com isso causando a hiperglicemia e levando a complicações sérias (BRASIL, 2019).

O diagnóstico de DM1 geralmente é realizado em paciente jovem apresentando como quadro clínico: poliúria, polidipsia, hálito cetônico, polifagia e perda de peso acentuada, que evoluem rapidamente e podem progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, caracterizando cetoacidose diabética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) corresponde a 90% de todos os casos de DM. E na maioria das vezes acomete indivíduos a partir dos 40 anos de vida. Esse paciente com frequência, apresenta sobrepeso ou obesidade no momento do diagnóstico e, raramente, apresenta perda de peso. Podem ser assintomáticos em 30% dos casos ou com discreta poliúria, polidipsia e perda de peso (MARCOPITO et al., 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018).

O diagnóstico precoce beneficia os pacientes por evitar evolução para cetoacidose, que tem elevada morbimortalidade, e por preservar uma maior produção de insulina, o que contribui para evitar complicações crônicas (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2016).



Para o tratamento é necessário a terapia medicamentosa e terapia nutricional e a prática de exercícios físicos. E os objetivos de realizar o tratamento adequado são: restabelecer as funções metabólicas; evitar complicações agudas; manter a glicemia o mais próximo possível da normalidade; controlar fatores de risco, como obesidade, hipertensão arterial e dislipidemias; retardar ou evitar complicações crônicas e possibilitar melhor qualidade de vida para os pacientes (CUPPARI, 2015).

Há muitos conceitos errados sobre alimentação e nutrição em DM e, na prática clínica, as recomendações nutricionais preconizadas, muitas vezes, possuem pouco ou nenhum respaldo na ciência. Existem evidências suficientes suportando que a dieta muito restrita, preconizada anteriormente, deu lugar a uma alimentação balanceada, ajustada de maneira individual, que permite ao paciente uma vida ativa, perfeitamente integrada ao seu grupo social. Desta forma, é essencial que toda a equipe de saúde, tenha conhecimento das recomendações nutricionais baseadas em evidências para otimizar o cuidado do paciente diabético (SARTORELLI; FRANCO, 2013).

## 5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é definida como elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg e está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como rins, coração e encéfalo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A doença atinge cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, principalmente idosos e além disso, está diretamente envolvida com doenças cardiovasculares (SCALA, MAGALHÃES e MACHADO, 2015).

O diagnóstico da HAS qualifica-se como um relevante item a ser considerado na estratificação de risco cardiovascular. A sua associação a outras condições como dislipidemias e diabetes, torna necessária a adequada avaliação do risco cardiovascular como um todo, identificando quais, entre os pacientes hipertensos, estão mais expostos aos eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, merecem ser tratados de forma mais intensa (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Os estudos revelam que o controle da pressão arterial está relacionado diretamente as reduções das taxas de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e insuficiência renal (MARCOPITO et al., 2015).

Estudos clínicos controlados consistentemente demonstraram, em adultos, que a restrição da ingestão de sódio e bebidas alcoólicas, o aumento do consumo de frutas e vegetais, a baixa ingestão de gordura, bem como a redução do peso corporal e a prática de atividade física regular mantém a pressão arterial dentro dos limites normais, contribuindo com o aumento da expectativa de vida nos pacientes hipertensos (MARCOPITO et al., 2015).

O controle da HAS por meio de medidas dietéticas específicas visa não apenas a redução dos níveis tensionais, mas também a incorporação de hábitos alimentares permanentes. A dietoterapia faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas, não farmacológicas, que têm como principal objetivo diminuir a morbidade e mortalidade por meio de modificações do estilo de vida (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2016). E além das mudanças nos hábitos de vida, é de extrema importância para controle da pressão arterial o uso de fármacos anti-hipertensivos (SARTORELLI; FRANCO, 2013).

### 5.3 Programa HIPERDIA

O HIPERDIA trata-se do cadastramento e acompanhamento de indivíduos com HAS e DM s atendidos na rede do Sistema único de Saúde (SUS) e que foi criado em 2002. O sistema gera as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (SILVA et al., 2015).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no programa (SILVA et al., 2015).

Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população é preciso prestar atenção à qualidade da assistência oferecida. Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

A avaliação da satisfação dos usuários pode fornecer elementos para adoção de novas estratégias ou melhora das existentes para qualificar o resultado do cuidado. Portanto, o usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz. Desta forma, ao avaliar as políticas públicas, é possível não somente produzir informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, como também transformar essa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais (TOSCANO, 2014).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice de pacientes com Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica com baixa adesão ao tratamento” na população que participa do programa “HIPERDIA”, onde se devem avaliar os impactos produzidos nos pacientes após a sua implantação. A UBS Itamaraty III do município de Poços de Caldas, Minas Gerais tem buscado ações que possam mudar o quadro clínico destes pacientes e a cada implantação das ações e programas é feita uma avaliação para verificar se os resultados estão sendo positivos ou não.

Este plano de intervenção, o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado vem facilitar o trabalho de avaliação do programa e propor novas ações para melhorias da qualidade de vida dos pacientes com HAS e DM (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dos problemas encontrados na UBS Itamaraty III, o que mais chamou a atenção foram os números de casos de diabéticos e hipertensos com baixa adesão ao tratamento e baixa adesão ao programa HIPERDIA.

Observando os pacientes durante a consulta, 98% deles têm como doença de base a obesidade, ou sobrepeso, o que acabou trazendo complicações como o diabetes e a hipertensão. Destes 98% de pacientes observados, 20% já passaram por internações por causa de complicações das doenças, sendo que 7% tiveram distúrbios metabólicos, 4% foram internados por problemas cardiovasculares, 9% por causa de complicações macrovasculares; e 22% sofrem dislipidemias e já precisaram de internação. Destes 22% que sofrem de dislipidemias, 5% estão com problemas renais.

Os fatores de risco mais prevalentes na população atendida foram: sedentarismo, obesidade, estresse, colesterol e triglicérides elevados, consumo excessivo de alimentos industrializados e altamente calóricos; tabagismo.

Dos pacientes que possuem DM e HAS, 17% não aderiram ao tratamento farmacológico; 33% mudaram seu estilo de vida com dietas e exercícios físicos; 18% não aderiram às mudanças no estilo de vida; 23% não retornaram ao médico para fazer controle e 8% foram encaminhados para especialistas, pois as complicações se agravaram para esse grupo.

Dos 98% de pacientes diabéticos e hipertensos, 36% aderiram ao programa de saúde HIPERDIA, e destes, 19% já tiveram melhorias na qualidade de vida através de redução dos níveis pressóricos e redução dos níveis glicêmicos e 9% conseguiram reduzir o índice de massa corpórea (IMC) e o peso corporal.

## 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS e o DM constituem os principais fatores para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde, cerca de 60 a 80% dos casos pode ser tratado na rede básica.

A HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum como a etiopatogenia e os fatores de risco, portanto as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; ambas são doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; ambas possuem complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; são geralmente assintomática na maioria dos casos; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; alguns medicamentos são comuns; ambas possuem necessidade de acompanhamento multiprofissional e, são facilmente diagnosticadas na população (TOSCANO, 2014).

O maior problema enfrentado hoje é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, bem como mudanças no estilo de vida. O indivíduo que é hipertenso ou diabético precisa estar constantemente em contato com alguma atividade física, pois ela reduz os níveis prescritos de repouso e pode reduzir a dose de medicamentos necessários, reduz a resistência insulínica, podendo diminuir a necessidade de medicamentos, como também diminui o risco cardiovascular (TOSCANO, 2014).

Como pode ser verificado, muitos pacientes com hipertensão e diabetes não fazem parte do programa HIPERDIA, o que dificulta o acompanhamento dos mesmos. As falhas para a baixa adesão podem ser principalmente déficit no cadastramento ou informações incorretas lançadas no relatório, o que deve ser resolvido para que os pacientes possam usufruir deste programa da melhor forma possível.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dos nós críticos encontrados, foram selecionados quatro:

1. Equipe despreparada para o cadastramento de pacientes;
2. Pacientes desinformados quanto a importância do programa HIPERDIA;
3. Processo de trabalho da equipe de saúde interfere na adesão ao programa e no tratamento.

### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

**Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Equipe despreparada para o cadastramento de pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Equipe despreparada para o cadastramento de pacientes.
<b>6º passo: operação</b>	Treinar a equipe para o cadastramento de pacientes com diabetes e hipertensão; avaliar a equipe mensalmente sobre o seu desempenho e programar cursos de capacitação para os mesmos; fazer rodízio de funcionários para o cadastramento de pacientes para que todos tenham habilidade para a função.
<b>6º passo: projeto</b>	Equipe nota 10
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Equipe preparada para atendimento e cadastramento de pacientes de acordo com o protocolo existente; adesão da equipe aos cursos de capacitação profissional; adesão da equipe para os treinamentos na unidade; adesão da equipe para fazer o cadastramento nas residências dos pacientes.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Interesse da equipe em aumentar a adesão dos pacientes no programa HIPERDIA; reuniões e palestras para a equipe de saúde sobre captação de pacientes para o cadastro; treinamento para melhor atendimento e cadastramento correto de pacientes.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre necessidades de mudanças no processo de trabalho da equipe; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas para a equipe de saúde; verbas para treinamentos com profissionais da área de gestão em saúde. Político: Conseguir espaço para as palestras e cursos; adesão da secretaria de saúde e do gestor da unidade.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde. Político: Conseguir espaço para as palestras e treinamentos; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema. Avaliação de desempenho com a equipe de saúde.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ gestor da unidade. Dois meses para o início das atividades e seis meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

**Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” Pacientes desinformados quanto à importância do programa HIPERDIA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Pacientes desinformados quanto a importância do programa HIPERDIA.
<b>6º passo: operação</b>	Informar os pacientes da importância do cadastramento no programa; informar os pacientes da importância das reuniões com o grupo operativo; palestra e cursos sobre a hipertensão e diabetes e as formas de tratamento.
<b>6º passo: projeto</b>	Equipe nota 10
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Equipe informada e aumento na adesão no programa HIPERDIA.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Visitas domiciliares; reuniões com os pacientes e seus familiares; interação com os pacientes e suas dificuldades em aderir ao programa; palestras sobre diabetes e hipertensão para incentivar a adesão ao programa.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; verbas para reuniões com nutricionistas e lanche especial para conscientizar a população sobre a importância da boa alimentação. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a hipertensão e o diabetes; conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.



**Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Processo de trabalho da equipe de saúde interfere na adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Itamaraty III do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho da equipe de saúde interfere na adesão ao programa e no tratamento.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Treinar a equipe para o cadastramento de pacientes com diabetes e hipertensão; avaliar a equipe mensalmente sobre o seu desempenho e programar cursos de capacitação para os mesmos; fazer rodízio de funcionários para o cadastramento de pacientes para que todos tenham habilidade para a função.
<b>6º passo: projeto</b>	Equipe nota 10
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Equipe bem treinada para o atendimento, assistência e cadastramento de pacientes. Equipe treinada para aumentar a adesão dos pacientes ao programa HIPERDIA.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Interesse da equipe em aumentar a adesão dos pacientes no programa HIPERDIA; reuniões e palestras para a equipe de saúde sobre captação de pacientes para o cadastro; treinamento para melhor atendimento e cadastramento correto de pacientes.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre necessidades de mudanças no processo de trabalho da equipe; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas para a equipe de saúde; verbas para treinamentos com profissionais da área de gestão em saúde. Político: Conseguir espaço para as palestras e cursos; adesão da secretaria de saúde e do gestor da unidade.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde. Político: Conseguir espaço para as palestras e treinamentos; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema. Avaliação de desempenho com a equipe de saúde.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ gestor da unidade. Dois meses para o início das atividades e seis meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção apresentada é de extrema importância para o incentivo e conscientização do paciente em relação aos perigos do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica, suas complicações e quais as opções de tratamento que podem melhorar a qualidade de vida e controlar tanto os níveis glicêmicos como pressóricos.

É importante ressaltar que é necessária uma avaliação da prevalência e dos fatores associados as doenças relatadas para, em seguida diminuir as complicações causadas contribuindo assim, para que o paciente consiga levar uma vida normal e sem grandes limitações.

Os planos de ações aqui propostos devem interagir entre si, como uma condição de dependência mútua. A viabilidade desta proposta está diretamente relacionada ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos de ação, principalmente, às metas relacionadas à sensibilização e motivação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho.

Para uma avaliação da proposta de intervenção propõe-se reunião geral no dia 1, 45 e 90 da operacionalização dos planos de ação para verificar o cumprimento das metas, a viabilidade dos planos, a necessidade de recursos críticos e não críticos e os riscos existentes para a execução.

O trabalho efetuado no HIPERDIA tem a função também de conscientizar a população quanto aos processos de prevenção para os descendentes, já que hábitos de vida e de alimentação podem afetar toda a família, sendo de extrema importância eliminar ou amenizar os fatores de risco existentes.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, F. A.; D ÁVILA, R.; GUERRA, E. M. M. e cols - Tratamento da hipertensão arterial no paciente com déficit de função renal - **Revista Brasileira de Hipertensão**: 2012: 288-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1**. Disponível em: < [https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/Relatrio\\_Diabetes-Mellitus-Tipo-1\\_CP\\_51\\_2019.pdf](https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/Relatrio_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019.pdf)>. Acesso em 22 de maio 2020.

BRUTSAERT, E. **Diabetes mellitus**. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm>>. Acesso em: 21 de mai.2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2020.

COELHO, Flávio Lúcio G. Sujeitos de Abordagens - Casos e Ações em Saúde da Família. In: **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Salvador, 28 de agosto a 01 de setembro de 2000. Anais. Salvador: ABRASCO, 2000.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo\\_de\\_trabalho\\_em\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3). Acesso em: 04 de fevereiro de 2020.

FEITOSA, I. O. PIMENTEL, A. HIPERDIA: Práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, para. **Revista Nufen**, v. 8, n. 1, 2016.

MARCOPITO, L. F.; RODRIGUES, S. S.; PACHECO, M. A., SHIRASSU, M. M.; GOLDFEDER, A. J.; MORAES, M. A. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na Cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2015; 39:738-45.

PASSOS, V. M.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol Serv Saúde** 2016; 15:35-45.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS.  
Disponível em: <<https://docplayer.com.br/17441796-Plano-municipal-de-saude-de-pocos-de-caldas-2014-a-2017.html>>. Acesso em 19 de maio de 2020.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública** 2013; 19 Suppl 1:29-36.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: Moreira, S.M.; PAOLA, A.V.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. Ed. São Paulo: Manole; 2015, p.780-5.

SILVA, J.V.M.; MANTOVANI, M.F.; KALINKE, L.P.; ULBRICH, E.M. Avaliação do programa de hipertensão e diabetes mellitus na visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.4, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, v.24, n.1, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes 2017-2018**. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 22 maio.2020.

TOSCANO, C.M As campanhas nacionais para detecção das doenças não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Cienc Saúde Coletiva**, v.9, p.885-889, 2014.

VILAÇA, E. M. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **organização**