

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Josimar Ribeiro Fernandes da Silva

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO TERAPÊUTICA DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA ANDREZINA SEVERINO DE REZENDE
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO- MINAS GERAIS**

**Unai- Minas Gerais
2021**

Josimar Ribeiro Fernandes Da Silva

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO TERAPÊUTICA DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA ANDREZINA SEVERINO DE REZENDE
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO- MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora; Profa. Dra. Maria Rizoneide
Negreiros de Araújo

Unai- Minas Gerais

2021

Josimar Ribeiro Fernandes da Silva

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO TERAPÊUTICA DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DONA ANDREZINA SEVERINO DE REZENDE
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PINHEIRO- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de abril de 2021

DEDICO

Este trabalho primeiramente a Deus com a sua proteção foi muito fácil, aos meus pais, aos meus amigos que me incentivaram bastante para chegar no final deste projeto.

Dedico aos meus colegas de profissão, aos professores que tiraram o seu tempo para fazer várias vezes a correção deste TCC a gente só aprende errando que para no final tudo de certo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças para ter chegado até aqui.

Aos meus pais que com muito incentivo finalizei meu trabalho, aos meus amigos, a minha esposa e aos meus filhos.

Aos meus colegas de profissão que me incentivaram e me apoiaram nesta finalização deste trabalho.

Aos meus professores e orientadores por ter me ajudado com as orientações, que no final deu tudo certo pois a cada erro sempre tem um acerto

Os sonhos não determinam o lugar que
você vai estar, mas produzem a força
necessária tirar do lugar em que está.

Augusto Cury

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam na atualidade um grave problema de saúde pública pelas altas taxas de morbimortalidade e de gastos públicos com tratamento e internações. Entre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são as que mais demandam atenção na unidade básica de saúde. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes estão associadas a um importante aumento nos eventos cardiovasculares, circulatórios com consequente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano intervenção com a finalidade de melhorar a adesão terapêutica das pessoas com hipertensão e diabetes residentes no território da equipe de saúde PSF-1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende. Para o embasamento teórico do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e nos cadernos do Ministério da Saúde relacionados ao problema objeto deste estudo. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. As ações previstas no plano de ação pretendem, uma vez identificadas as causas da não adesão a terapêutica medicamentosa pelos diabéticos e hipertensos, propor a realização de atividades educativas para a população alvo, com vistas a reduzir a incidência das complicações e mortes, assim como melhorar a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes. Adesão a Medicação. Atividade Física

ABSTRACT

Currently, non-communicable chronic diseases represent a serious public health problem due to the high rates of morbidity and mortality and public spending on treatment and hospitalizations. Among them, Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are the ones that most demand attention in the basic health unit. Systemic arterial hypertension and diabetes are associated with an important increase in cardiovascular and circulatory events, with a consequent decrease in survival and worsening in the quality of life of hypertensive and diabetic patients. This work aims to elaborate an intervention plan with the purpose of improving the therapeutic adherence of people with hypertension and diabetes residing in the territory of the PSF-1 health team of the Basic Health Unit Dona Andrezina Severino de Rezende. For the theoretical basis of the intervention plan, a bibliographic search was carried out in the databases of the Virtual Health Library and in the notebooks of the Ministry of Health related to the problem object of this study. The intervention plan was developed following the steps of strategic situational planning. The actions foreseen in the action plan intend, once the causes of non-adherence to drug therapy by diabetics and hypertensive individuals have been identified, to propose educational activities for the target population, with a view to reducing the incidence of complications and deaths, as well as improving quality of this population.

Keywords: Hypertension. Diabetes. Medication Adherence. Physical activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Aspectos demográficos da comunidade de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro – Minas Gerais..... 13
- Quadro 2** - Principais condições de saúde das pessoas atendidas pela equipe de saúde PSF-1 na UBS Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro – Minas Gerais.....14
- Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde PSF 1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro do estado de Minas Gerais.....17
- Quadro 4** – Descrição do problema “má adesão terapêutica” em PSF-1, município de João Pinheiro 2020.....28
- Quadro 5** - Desenho das operações “nó crítico 1” relacionado ao problema “Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.....30
- Quadro 6** - Desenho das operações “nó crítico 2” relacionado ao problema “Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais31
- Quadro 7** - Desenho das operações “nó crítico 3” relacionado ao problema “Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.....32
- Quadro 8** - Desenho das operações “nó crítico 4” relacionado ao problema “Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.....33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família (nome) da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde PSF	15
1.7 O dia a dia da equipe Dona Andrezina Severino de Rezende	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão.	21
5.2 Diabetes	21
5.3 Adesão a medicação	22
5.4 Atividade física	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
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 passos)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

João Pinheiro é um município que tem uma população de 47.726 habitantes, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Está situado na porção noroeste do estado de Minas Gerais, possuindo uma área total de 10.727.097 km² e com uma densidade demográfica de 4,22hab/Km². É o maior município em extensão territorial do estado de Minas Gerais (IBGE, 2020).

1.2 Sistema municipal de saúde

O município de João Pinheiro possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) abrigando as equipes de saúde da família. Possui um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) que faz o matriciamento com os profissionais que integram as equipes de saúde da família. Conta o Associação dos Aposentados de São Paulo (CESP) no qual possui especialista em cardiologista, urologista, nefrologista, pediatria e cirurgião. Possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Hospital municipal atualmente com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 10 leitos.

O município dispõe de farmácia, laboratório e uma clínica de saúde da mulher. Para realizar o traslado de pacientes que realizam Tratamento Fora do Domicílio (TFD) conta com veículos e ainda há um serviço de apoio às UBS onde um funcionário passa diariamente em todas elas para realizar a logística de insumos ou documentos para as notificações. O sistema de referência e contra referência funcionam adequadamente, vindo sempre as orientações para a equipe da UBS para dar seguimento ao atendimento,

1.3 Aspectos gerais da comunidade

A Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende (PSF-1) atende uma população adscrita de 2963 pessoas e mais 500 pessoas de uma área descoberta. A comunidade está em sua grande maioria formada por

moradores dos bairros Água Limpa, Itaipu e Companhia de Habitação do Estado de Minas Gerais (COHAB). Além de algumas pessoas fora da área de abrangência, devido ao grande fluxo de caminhoneiro e de uma área ainda descoberta de atendimento.

A comunidade está localizada na periferia de João Pinheiro, sua população é composta por pessoas de baixa renda, geralmente trabalhadores rurais, das empresas sucroalcooleiras, de trabalhadoras domésticas e funcionárias terceirizadas. O saneamento básico dentro da comunidade é bom, o esgotamento sanitário cobre 90% da população e coleta de lixo em 100%. Na comunidade tem uma escola municipal, e uma associação comunitária local.

No quadro 1 apresenta-se a população da comunidade, por faixa etária e sexo. Esses dados foram extraídos do cadastro da população da área adscrita da Unidade Básica de Saúde.

Quadro 1 - Aspectos demográficos da comunidade de abrangência da UBS Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro – Minas Gerais.

FAIXA ETÁRIA / ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	17	18	35
1-4	73	63	163
5-14	151	169	320
15-19	144	113	257
20-29	181	195	376
30-39	192	197	389
40-49	219	191	410
50-59	198	143	341
60-69	133	123	256
70-79	97	103	200
≥ 80	100	118	218
TOTAL	1500	1433	2963

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2020).

Pode-se observar que a comunidade possui uma população, em sua maioria, constituída de adultos e idosos, com isso pode-se associar também ao aparecimento de doenças como diabetes, hipertensão, doenças respiratórias, pessoas que tiveram AVC, transtornos referentes à saúde mental, entre outras doenças crônicas não transmissíveis.

No quadro 2 apresenta-se as condições de saúde das pessoas que realizam acompanhamento com a equipe de saúde PSF-I na UBS Dona Andrezina Severino de Rezende.

Quadro 2 - Principais condições de saúde das pessoas atendidas pela equipe de saúde PSF-1 na UBS Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro – Minas Gerais.

Condição de Saúde	N
Gestantes	20
Hipertensos	275
Diabéticos	312
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	50
Pessoas que tiveram AVC	10
Pessoas que tiveram infarto	21
Pessoas com doença cardíaca	30
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	14
Pessoas com hanseníase	10
Pessoas com tuberculose	5
Pessoas com câncer	12
Pessoas com sofrimento mental	123
Acamados	25
Fumantes	30
Pessoas que fazem uso de álcool	49
Usuários de drogas	35

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2020).

As principais causas de óbito são as doenças cardiovasculares (Infarto, Acidente Vascular Encefálico). As de internações são por doenças respiratórias, principalmente a pneumonia e as de notificações são arboviroses, em especial a Dengue e doenças infectocontagiosas. A mais frequência é a Leishmaniose Visceral. Os óbitos maternos são baixos, pois as gestantes de risco sempre são encaminhadas para o município de Patos de Minas. Destaca-se que as causas mais frequentes de óbitos maternos são por eclampsia e abortos.

1.4 Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende

A UBS Dona Andrezina Severino de Rezende onde funciona o PSF-1 foi inaugurada há 20 anos e reformada acerca de sete anos; situa-se em uma colina

com uma vista privilegiada de toda a cidade. A UBS é de propriedade do município, tendo um espaço físico para ocupar duas equipes de saúde, porém o trabalho é realizado por uma única equipe.

A estrutura física da UBS é composta por: um auditório para cerca de 40 pessoas onde se realizam as palestras e reuniões de grupos, uma sala de curativos, sala de vacina, sala de observação, consultórios médicos e de enfermagem, uma recepção com boa capacidade para receber os usuários e copa/cozinha. Possui aparelho de eletrocardiograma, alguns fármacos para uso endovenoso ou intramuscular. Os materiais e insumos conseguem suprir a necessidade local da equipe, pois há uma comunicação direta da UBS com a Secretaria de Saúde e sempre é feito o suprimento de materiais que são de uso contínuo. A acessibilidade a UBS é muito boa, a maioria da população vem à unidade caminhando, sem qualquer dificuldade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF-1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende

A equipe de saúde é composta por um médico, nove agentes comunitárias de saúde (ACS), dois técnicos em enfermagem, um enfermeiro, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, uma nutricionista, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um fisioterapeuta, um profissional de educação física e um fonoaudiólogo.

1.6 Funcionamento da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende da equipe de saúde PSF-1

A UBS funciona de 7:00h às 11:00h e das 13:00h as 17:00h. A população é atendida pela recepcionista que é uma técnica de enfermagem; ela realiza o primeiro atendimento agendando casos que não são necessários atendimentos no dia e repassando os pacientes com queixas relevantes e inadiáveis para acolhimento com o enfermeiro. Este realiza a consulta avaliativa, otimizando o trabalho e repassando para consulta médica os pacientes que necessitam de atendimento médico de imediato. O médico, por sua vez, realiza os atendimentos

e encaminha para os outros profissionais da unidade, quando necessário. Os ACS realizam visitas domiciliares diárias, retornando ao final do dia para comunicar possíveis demandas como agendamento de pacientes que necessitam de acompanhamento médico e renovação de receitas. Contamos com um técnico de enfermagem que afere os sinais vitais dos usuários, realiza a vacinação e infusão de medicamentos, quando necessários.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde PSF-1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende

Todos os dias a equipe atende demanda espontânea e a programada. Há dias específicos para determinadas atividades, como por exemplo, as reuniões da equipe, os grupos de HIPERDIA, entre outros. O enfermeiro realiza palestras para as mães sobre a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade da criança e também sobre a importância do pré-natal.

A equipe sempre planeja bem as ações com reuniões e participação dos profissionais da equipe, sendo expostas todas as possíveis intervenções e o objetivo a ser alcançado, as avaliações das ações planejadas e realizada, o *feedback* das visitas domiciliares realizadas pelas ACS norteando o real impacto das ações, e monitorando anualmente as curvas dos indicadores em saúde. As visitas domiciliares do médico com o enfermeiro às pessoas acamadas são agendadas com antecedência devido à alta demanda de atendimentos na UBS. Os ACS identificam essas pessoas ou mesmo a família que procura a UBS solicitando a visita do profissional médico ou enfermeiro no domicílio.

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

Quando da realização do levantamento dos problemas no território da unidade básica de saúde Andrezina Severino de Rezende – PSF 1, muitos problemas foram identificados a saber: alta prevalência de hipertensos sem um controle adequado ocasionado pela baixa adesão a terapêutica medicamentosa, alta prevalência de diabéticos, hipovitaminose, fluxo aumentado de pacientes

residentes fora da área de abrangência da unidade, taxa de desemprego alta, sedentarismo principalmente da população idosa, número elevado de pessoas com sofrimento mental e doenças respiratórias, entre outras.

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

Após a realização do diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida foi possível fazer a priorização dos problemas mais relevantes existentes na área de abrangência da equipe de saúde PSF-1 e por meio de critérios previamente definidos foi realizada a priorização dos mesmos de acordo com a capacidade de enfrentamento do mesmo pelas as ações da equipe. No quadro 3, apresenta-se os problemas mais relevantes e priorização dos mesmos.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde PSF-1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos	Alta	8	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Hipovitaminose	Alta	5	Parcial	3
Alto fluxo de pacientes de áreas não adscrita a UBS	Alta	4	Parcial	4
Desemprego	Alta	4	Fora	5
Sedentarismo	Média	2	Parcial	6

Fonte: Autor próprio (2020)

*Alta, média ou baixa

**Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Este plano de intervenção é relevante considerando as necessidades apresentadas no cotidiano da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende, município de João Pinheiro, estado de Minas Gerais, onde a maioria das pessoas com hipertensão e diabetes não seguem as orientações quanto à prescrição dos medicamentos.

Dentre as condições crônicas listadas no quadro 3, verifica-se que a hipertensão e a diabetes são as mais prevalentes. Por esse motivo, considera-se relevante fazer uma intervenção para melhorar a adesão da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa junto aos hipertensos e diabéticos.

Sabe-se que outros agravos também merecem a atenção da equipe, mas as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes são as mais relevantes, neste momento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão terapêutica das pessoas com hipertensão e diabetes residentes no território da equipe de saúde PSF-1 da Unidade Básica de Saúde Dona Andrezina Severino de Rezende

3.2 Objetivos específicos

Implantar rodas de conversas com os hipertensos e diabéticos para discutir a importância da adesão da terapêutica medicamentosa para o controle adequado de suas doenças.

Incentivar a realização de atividades físicas como uma ação terapêutica não medicamentosa para o controle da hipertensão e da diabetes.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Realização do diagnóstico situacional por meio do método da estimativa rápida pra levantar os problemas existentes no território da unidade.
- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para a fundamentação teórica necessária à realização do projeto de intervenção. Foram também pesquisados os manuais do Ministério da Saúde.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Diabetes.

Adesão a medicação.

Atividade física.

Para a elaboração do projeto de intervenção foram utilizados os passos do planejamento estratégico situacional, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações da disciplina Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) destaca que os grandes desafios para a prevenção e controle da HAS dependem do trabalho das equipes de saúde da atenção básica, pois é no espaço de trabalho das mesmas, ou seja, no território de atuação, que essa população vive e, por isso, pressupõe-se a existência de vínculo com a população adscrita o que de fato possibilita uma maior aproximação com o serviço de saúde.

A equipe de saúde deve atuar para que sejam incorporadas as mudanças de estilo de vida, considerando que é fundamental no processo terapêutico, bem como na prevenção da hipertensão. A redução do sal, controle de peso, a prática de atividade física, abstenção de álcool, são fatores importantes que precisam ser trabalhados com os hipertensos, pois sem o controle desses fatores, os níveis da pressão arterial dificilmente poderão ser alcançados, mesmo com a terapêutica medicamentosa (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009 *apud* BRASIL, 2014).

A adesão ao tratamento se expressa pela aceitação do indivíduo das orientações prestadas pelos profissionais de saúde para o uso da medicação, seguimento da dieta prescrita e a incorporação de mudanças de estilo de vida. (GOUVEIA NETO *et al.*, 2019).

Moura *et al.* (2016) citados por Gouveia Neto *et al.* (2019) comentam que há diversos fatores que podem influenciar na estabilidade clínica dos hipertensos, a saber: baixa escolaridade, situação socioeconômica, ausência, muitas vezes, de sintomas, alcoolismo, custo dos medicamentos, tratamento ser de longa duração e a baixa compreensão do processo mórbido.

Malachias *et al.* (2016, p. 5) destacam que

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.

A avaliação de cada indivíduo hipertenso quanto ao risco cardiovascular deve ser realizado porque auxilia na decisão da terapêutica medicamentosa ou não medicamentosa, possibilitando também a identificação daqueles hipertensos que estão mais predispostos às complicações cardiovasculares, sendo, portanto fundamental para a indicação de uma terapêutica mais agressiva (MALACHIAS *et al.*, 2016)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 21) confirma que

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

5.2 Diabetes mellitus tipo 2

De acordo com Duarte *et al.* (2018), o conceito de Diabetes *Mellitus* (DM) é um transtorno metabólico onde sua principal característica é a hiperglicemia, intolerância à glicose e por vários distúrbios que faz crescer um metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

Diante disto, torna-se necessário uma classificação sobre um grupo de transtornos metabólicos, desencadeado por uma hiperglicemia, resultante da deficiência na secreção de insulina, defeitos em sua ação, ou ambos os casos (BRASIL, 2013).

Geralmente seu desenvolvimento é lento, principalmente nas fases iniciais da doença, o que faz com que essa forma de diabetes permaneça por muitos anos sem diagnóstico, devido ao desenvolvimento gradativo da hiperglicemia e a ausência de sintomas característicos. Isso potencializa as chances de

agravamento da doença, uma vez que o diagnóstico geralmente é tardio (GROSS *et al.*, 2016 *apud* MARQUES, 2018, p. 23).

O surgimento do diabetes tipo melito primário ou idiopático sempre será uma forma aonde vai se distinguida do diabetes secundário, visto que

[...] inclui formas de hiperglicemia associada a causas identificáveis nas quais a destruição das ilhotas pancreáticas é induzida por doença pancreática inflamatória, cirurgia, tumores, drogas, sobrecargas de ferro e determinadas endocrinopatias adquiridas ou genéticas (GUYTON; HALL, 2002 *apud* LUCENA, 2007, p. 12).

Contran, Krummer e Robbins (1994) citados por Lucena (2007) comentam que nos primeiros meses da doença alguns pacientes podem não apresentar necessidade de tomar insulina, mas que poderá acontecer dentro de alguns meses pelo término da reserva de insulina no pâncreas.

5.2.1 Epidemiologia da diabetes

A maioria da população com 18 anos ou mais possui diabetes. O Ministério da Saúde destaca que essa população representa 8,3 milhões de pessoas. O Brasil subirá da 8ª para a 6ª posição no ranking mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde. O mais alarmante é que, desse número, cerca de 3 milhões de pessoas desconhecem serem portadoras da doença (BRASIL, 2006).

Com essa incidência da diabetes tipo 1, é esperado um crescimento na população para os próximos anos. Em estudo realizado em três cidades do interior paulista, constatou-se uma incidência de 7,6 /100.000 habitantes nesta população. O estudo confirma que a diabete está em uma lista das cinco doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. (BRASIL, 2006).

No diabetes melitos quando o pâncreas não produz mais insulina e parando de fazer essa reposição onde é destruída no estômago, a insulina não pode ser

administrada por via oral. Novas formas de insulina vêm sendo testadas e não têm funcionado bem, devido à variabilidade da taxa de absorção acarretar problemas na determinação da dose. O uso injetável tem sido a via preferencial e o uso de seringas pequenas com agulhas finas torna as injeções praticamente indolores (COSTA; ROSSI; GARCIA, 2003).

5.3 Adesão à medicação

Veiga Junior, Pinto e Maciel (2005) comentam que a Organização Mundial de Saúde menciona que a forma para a amenizar a diabetes é o uso da planta medicinal e todo e qualquer vegetal que possui em uma ou mais substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos, ou que sejam precursores de fármacos semissintéticos

Nogueira e Sabino (2017) *apud* Silva (2017, p, 19) destacam que a *Bauhinia forficata* Link é uma espécie denominada pata-de-vaca, pertence à família Fabaceae, sua forma é similar ao rastro de bovino. “É uma espécie nativa no sudeste do Brasil. O primeiro teste desta planta em pacientes com diabetes ocorreu em 1929”.

Paixão *et al.* (2016) *apud* Silva (2017, p. 20) descrevem que

Esta planta pode potencializar o efeito de anti-hiperglicemiantes orais e da insulina, havendo necessidade de acompanhamento médico para se realizar a monitoração da glicemia quando houver o uso concomitante. Portanto, o uso dessa planta pode não ser indicado para indivíduos propensos a hipoglicemia.

Esta planta medicinal, que se chama carqueja, sua principal característica é poder potencializar o efeito de anti-hiperglicemiantes orais e da insulina, havendo necessidade de acompanhamento médico para se realizar a monitoração da glicemia quando houver o uso concomitante. Portanto, o uso dessa planta pode não ser indicado para indivíduos propensos à hipoglicemia (KARAM, 2013).

Entende-se que essas plantas, devido ao extrato brutos de Carqueja (*Baccharis trimera*) e Jambolao (*Syzygium cumini* (L.) Skeels) a camundongos diabéticos e não diabéticos com tratamento durante sete dias. Nesse estudo, somente frações provenientes de extratos de *Baccharis trimera*, administrada duas vezes por dia, reduziram a glicemia após tratamento de sete dias. Os resultados sugerem que *Baccharis trimera* apresentou uma potente atividade antidiabética (KARAM, 2013).

5.4 Atividade Física

A prática regular de atividade física (AF) é uma medida não farmacológica, que agregada à dieta e aos medicamentos, constitui um dos pilares na abordagem do tratamento de diferentes comorbidades, tais como DM e HAS. É sabido que o exercício físico promove efeitos benéficos, reduzindo o peso, diminuindo a incidência de eventos cardiovasculares, melhorando o controle metabólico e prevenindo as complicações crônicas das doenças. Ressalta-se que se trata de uma medida de baixo custo para o usuário e pode oferecer benefícios psicossociais diante de um estilo de vida menos sedentário (IRIGOYEN *et al.*, 2003).

Irigoyen *et al.* (2003) *apud* Coelho (2018) destacam que a atividade física é uma medida não farmacológica que utilizada conjuntamente com a dieta e os fármacos representa um dos pilares no tratamento das várias comorbidades, como a diabetes e a Hipertensão

É sabido que o exercício físico promove efeitos benéficos, reduzindo o peso, diminuindo a incidência de eventos cardiovasculares, melhorando o controle metabólico e prevenindo as complicações crônicas das doenças. Ressalta-se que se trata de uma medida de baixo custo para o usuário e pode oferecer benefícios psicossociais diante de um estilo de vida menos sedentário (IRIGOYEN *et al.*, 2003 *apud* COELHO, 2018, p. 14).

Para que esse tratamento farmacológico seja eficaz é muito importante que o médico realize uma avaliação para saber quais exercícios que o paciente terá que realizar. No entanto, a opção do tipo da atividade física deverá ser fundamentada

também nas preferências individuais, observando as limitações de cada usuário, evitando o estresse ortopédico, para que se obtenham melhores resultados pressóricos e glicêmicos (DUARTE *et al.*, 2012).

Machado e Pozzobon (2014) relatam que para ter êxito o tratamento medicamentoso junto com as atividades físicas é necessário acompanhar se está aumentando os níveis de colesterol HDL e reduzindo os níveis de colesterol LDL e também reduzindo os níveis de triglicerídeos séricos. A diabetes junto com a hipertensão em pessoas bastante ativas há uma baixa rápida desses níveis, pois as menores concentrações de lipídeos plasmáticos se devem ao fato de que, durante o exercício, a atividade da lipoproteína lipase (LPL) no músculo esquelético e no tecido adiposo aumenta, e assim, acaba provocando redução da síntese hepática dos triglicerídeos.

Diante disto, é de suma importância saber que a atividade física sempre vai ter um gasto de energia no qual vai servir para outras partes do corpo do paciente onde há redução do peso corporal e, conseqüentemente, manutenção do Índice de Massa Corporal (IMC) em faixas de normalidade. Por isso, o exercício é recomendado porque há maior gasto de energia e, assim, a taxa metabólica de repouso aumenta, levando a melhora da composição corporal e redução da massa corporal (SANTOS *et al.*, 2009).

Nogueira *et al.* (2012) apud Coelho (2018, p. 16) descrevem que

é necessário ter uma maior atenção, pois deve ser estimulada a automonitorização da glicemia capilar, principalmente, os que utilizam insulina, com objetivo de evitar hipoglicemia, e orientações sobre o cuidado com os pés, tendo em vista prevenção e controle do pé diabético

O profissional de educação física vai prescrever para os pacientes com hipertensão e diabetes alguns exercícios que podem ser diferentes, mas o anaeróbico sempre será

O gasto de energia utilizada advém dos carboidratos, sem presença de oxigênio para produção da mesma, fazendo com que haja aumento da força e maior tolerância do ácido lático no

esforço máximo e submáximo; e o aeróbico, que utiliza de oxigênio para produzir energia, e que faz com que o fluxo sanguíneo aumente e as fibras musculares se tornem mais produtivas na geração de energia (BARBOSA, 2014 citado por COELHO, 2018, p. 17).

Coutinho (2005) citado por Coelho (2018) destaca que a atividade física deve ser uma das ações das equipes de saúde da família a ser realizada sistematicamente, com a participação do profissional de educação física que deve ser responsável pelo acompanhamento dos usuários para que os exercícios sejam realizados adequadamente às condições clínicas dos mesmos. Ressalta ainda que, essas atividades de fato venham causar benefícios e não malefícios as pessoas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Os problemas identificados são inúmeros, alguns que têm certa relevância, como: alto fluxo de pacientes fora da área de abrangência, baixa adesão terapêutica pelos hipertensos e diabéticos, obesidade, tabagismo, alcoolismo, desemprego, gravidez na adolescência, Dengue, hipovitaminose, doença reumatológica, sedentarismo, risco cardiovascular elevado dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, deficiência no acompanhamento de pessoas com sofrimento mental.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No quadro 4, pode-se visualizar o número expressivo de pessoas com cadastro da UBS com hipertensão e diabetes com baixa adesão terapêutica. Vale ressaltar que é fundamental uma mudança nos hábitos alimentares e de incorporação de atividades físicas que possam contribuir na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

O quantitativo de hipertensos e diabéticos que está na UBS fazendo controle é bem inferior que o registrado pela equipe.

Quadro 4 – Descrição do problema “má adesão terapêutica” em PSF-1, município de João Pinheiro, 2020.

Descrição	Valores	Fonte
Hipertensos	275	Registro da equipe
Diabéticos	312	Registro da equipe
Hipertensos controlados	50	Registro da equipe
Diabéticos controlados	80	Registro da equipe
Urgência/Emergência por exacerbações de doenças crônicas	77	Registro da equipe

Fonte: Equipe PSF-1(2020)

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Dentre os problemas de saúde identificados na Unidade de Saúde e realizando uma hierarquização deles, podemos citar como o principal problema enfrentado pela equipe do PSF-1 a má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos o que corresponde a 30% das consultas realizadas no local, sabendo que todo tratamento deve ser individualizado, ou seja, deve-se levar em conta além da demanda atual do paciente, sua crença, estado social, cultura e comportamento.

Dessa forma, a adesão terapêutica depende de vários fatores, dentre esses pode-se citar: nível educacional, crenças, nível social, idade, grau de conhecimento sobre o problema enfrentado. Quando se fala em nível educacional trata-se principalmente de linguagem, sempre entender que para cada pessoa deve-se usar a linguagem adequada para que a pessoa possa compreender a real importância do tratamento, para alcançar a cura ou remissão da doença.

É importante também entender que cada pessoa possui características próprias como crenças religiosas, como é a moradia do mesmo para tentar implementar o tratamento de forma integral e ainda não menos importante podemos falar sobre a idade do paciente pois isso é fundamental para traçar a melhor estratégia terapêutica, no caso se for menor de idade instruir o responsável legal, se adolescente, há uma piora no tratamento a longo prazo pois os adolescente são mais difíceis de adequação ao tratamento devido ao egocentrismo vivido nessa fase.

O esclarecimento sobre a doença é importantíssimo, sabendo que o ser humano é refém daquilo que sabe. Deve-se esclarecer ao paciente sobre a doença, como ela se instala, fatores de risco, tratamento não farmacológico, farmacológico, possíveis complicações agudas e crônicas. Desse modo, pode-se não só evitar possíveis complicações mais também evitar exacerbações de doenças crônicas e conseqüentemente diminuir o número de consultas de urgências/emergências e até mesmo ambulatorial.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Baixo nível de conhecimento da população sobre as doenças (hipertensão e Diabetes)
- Nível de educação preventiva deficitário;
- Hábitos sociais e culturais prejudiciais à saúde;
- Capacitação da Equipe Multidisciplinar.

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 passos).

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento da população sobre as doenças (hipertensão e Diabetes)
6º passo: operação (operações)	Ampliar os conhecimentos dos usuários sobre HAS e DM Identificar os agravos dos usuários não aderentes ao tratamento
6º passo: projeto	“Estratégias para conhecimento e terapêutica”
6º passo: resultados esperados	Reduzir em 50% a taxa de abandono ao tratamento devido ao conhecimento ampliado sobre HAS e DM, fazendo com que seja diminuída a demanda de atendimento nas unidades de saúde de alta complexidade, amenizando os gastos públicos com internações e atendimentos a nível terciário.
6º passo: produtos esperados	Palestras realizadas pela equipe de enfermagem a respeito da HAS e DM bem como sobre cada agravo presente nas estatísticas de não adesão ao tratamento Acompanhamento por especialista de acordo com o agravo a qual estão acometidos, pactuado a referencia e a contrarreferência. Os grupos de usuários avaliados e orientados nutricionista para que possam de acordo com suas necessidades sociais manter uma dieta equilibrada e que favoreça a manutenção de taxas adequadas.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: profissionais detentores do conhecimento da temática a ser abordada e estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: recursos materiais (educativos e pedagógicos) e recursos humanos. Político: articulação entre as autoridades mantenedoras da Unidade Básica de Saúde junto aos profissionais diretamente participantes e elaboradores no projeto para que tenham conhecimento dos benefícios gerados ao erário com o aumento da adesão dos pacientes
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: deficiência na comunicação entre o poder público e os profissionais de saúde, levando à falta de assistência e de manutenção quanto aos recursos profissionais e financeiros. Financeiro: falta de recursos materiais e humanos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Coordenadora da UBS e Secretaria Municipal de Saúde - favoráveis Realização de projetos para serem mostradas as necessidades e benefícios do aumento do índice de adesão ao tratamento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Deverá ser constituída uma comissão de elaboração e acompanhamento do andamento e atendimento a resposta do plano. Os responsáveis pelo projeto deverão ser pelo menos um profissional representante de cada área de atuação. O prazo estabelecido desde a elaboração até a execução será de 12 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A comissão multidisciplinar deverá ser responsável pelo monitoramento e avaliação das ações, por meio de reuniões mensais com os profissionais da equipe multidisciplinar diretamente ligados aos pacientes atendidos pelo projeto com o intuito de constatar a evolução de cada um dos usuários atendimentos em relação a adesão ao tratamento.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Nível de educação preventiva deficitário
6º passo: operação (operações)	Aumentar os índices de adesão prevenindo-se o aumento da demanda de atendimentos a nível terciário.
6º passo: projeto	“Estratégias para adesão terapêutica”
6º passo: resultados esperados	Espera-se alcançar 50% do público alvo.
6º passo: produtos esperados	A equipe multidisciplinar realizará: Palestras com o público alvo da Unidade Básica de Saúde a fim de apresentar aos usuários estratégias que possam contribuir para o não agravamento das doenças.
6º passo: recurso necessários	Cognitivo: profissionais detentores do conhecimento da temática a ser abordada a nível de prevenção de doenças, com estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: recursos materiais (educativos e pedagógicos) e recursos humanos. Político: articulação entre as autoridades mantenedoras da Unidade Básica de Saúde junto aos profissionais diretamente participantes e elaboradores no projeto.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: falta de profissionais para atender a demanda. Político: deficiência na comunicação entre o poder público e os profissionais de saúde, levando à falta de assistência e de manutenção quanto aos recursos profissionais e financeiros. Financeiro: falta de recursos materiais e humanos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Coordenadora da UBS e Secretaria Municipal de Saúde favoráveis As ações estratégicas ficarão a cargo dos profissionais da área da saúde, que realizará avaliações mensais para mensurar o índice de adesão ao tratamento.
9º passo: acompanhamento do plano - responsável e prazos	Acompanhamento do projeto pela equipe multidisciplinar, no prazo de 6 meses, contado do início da execução do projeto.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível da população sobre os riscos da doença; Avaliação sobre o nível de adesão ao tratamento.

Fonte: Autor próprio (2020)

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábitos sociais e culturais prejudiciais à saúde
6º passo: operação (operações)	Propor ações educacionais para a adesão do tratamento, considerando que muitos pacientes não têm consciência da problemática enfrentada. Realizar palestras educativas apresentando a necessidade de mudanças de hábitos alimentares, por exemplo.
6º passo: projeto	“Estratégias para adesão terapêutica”
6º passo: resultados esperados	Espera-se alcançar conscientização e mudanças nos hábitos sociais e culturais prejudiciais à saúde das pessoas com HAS e DM
6º passo: produtos esperados	Os pacientes deverão ser motivados a participarem do tratamento com sessões de psicoterapias semanais para que possam tomar consciência a respeito da importância de aderir ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso. Grupos educativos em funcionamento.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: profissionais realizando educação dos usuários para conscientização e prevenção de doenças, com estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: recursos materiais (educativos e pedagógicos) e recursos humanos. Político: articulação entre as autoridades mantenedoras da Unidade Básica de Saúde junto aos profissionais diretamente participantes e elaboradores no projeto.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: deficiência na comunicação entre o poder público e os profissionais de saúde, levando à falta de assistência e de manutenção quanto aos recursos profissionais e financeiros. Financeiro: falta de recursos materiais e humanos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Municipal de Saúde (Favorável). Gestor da UBS (favorável). As ações estratégicas ficarão a cargo dos profissionais da área da saúde que apresentarão o projeto ao secretário de saúde e gerência da UBS.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Prazo de seis meses a contar do início da execução do projeto de intervenção. Médico e enfermeiro
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Alcançar um nível considerável da população sobre a necessidade de mudanças de hábitos sociais e culturais que refletem diretamente na saúde do público alvo.

Fonte: Autor próprio (2020)

Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Má adesão da terapêutica medicamentosa pelos hipertensos e diabéticos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF-1, do município João Pinheiro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Capacitação da Equipe Multidisciplinar
6º passo: operação (operações)	Capacitar e preparar tecnicamente os profissionais que atuarão diretamente com os pacientes.
6º passo: projeto	“Conhecendo mais”
6º passo: resultados esperados	Equipe melhor capacitada para orientações mais adequadas e efetivas aos usuários com HAS e DM e, assim, obter maior adesão ao tratamento,.
6º passo: produtos esperados	Os profissionais capacitados para atuar de forma a contribuir para a adesão terapêutica dos pacientes, bem como manter-se atualizados sobre as temáticas a serem abordadas com os mesmos.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: grupos de discussão sobre temas ligados à HAS e ao DM para aprofundamento das diretrizes a serem tomadas com vistas às orientações aos pacientes e maior adesão ao tratamento</p> <p>Financeiro: recursos materiais (educativos e pedagógicos) e recursos humanos.</p> <p>Político: articulação entre as autoridades mantenedoras da Unidade Básica de Saúde junto aos profissionais diretamente participantes e elaboradores no projeto.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Político: deficiência na comunicação entre o poder público e os profissionais de saúde, levando à falta de assistência e de manutenção quanto aos recursos profissionais e financeiros.</p> <p>Financeiro: falta de recursos materiais e humanos.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Gerente da UBS -favorável</p> <p>ESF -favorável</p> <p>As ações estratégicas ficarão a cargo os profissionais da área da saúde que apresentarão o projeto à gerencia</p>
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Prazo de 6 meses a contar do início da execução do projeto de intervenção.</p> <p>Médico e enfermeiro</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhar a presença e discussão dos membros da eSF nos grupos educativos e há necessidade de mudanças e foco do s temas trabalhados para se alcançar um nível considerável da população sobre as doenças que os acometem e a importância da adesão terapêutica.

Fonte: Autor próprio (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi importante para consolidar os conhecimentos sobre hipertensão e diabetes e certamente vai fazer com que eu leve para o resto da minha vida profissional.

Diante deste fato, fica entendido que sempre a deficiência da adesão entre os usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes tem relação direta com uma multiplicidade de fatores extremamente complexos. A educação ao paciente e seus familiares pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde.

As discussões sobre o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis entre os profissionais da equipe de saúde fortalecem o relacionamento com os hipertensos e se torna um ponto chave para a adesão ao tratamento da hipertensão e da diabetes.

O processo de aprendizagem vivido tanto na teoria como na prática pode-se dizer que foi de extrema riqueza juntamente com as múltiplas facetas vivenciadas que foram essenciais para o aprimoramento dos saberes, pois o saber crítico, autorreflexão e crescimento pessoal/profissional, sempre proporcionam mudança individual que ajudam no desempenho profissional.

Neste plano de intervenção, partindo de necessidades de aprendizagem dos usuários da unidade de saúde da família Dona Andrezina Severino de Rezende e que estiverem dispostos a participar da intervenção, com vistas a aprimorar o conhecimento sobre a HAS, os cuidados necessários e, dessa forma, conheçam os fatores importantes para a diminuição do risco das complicações desta doença, assim como elevar o nível de informação da população sobre os fatores de risco nas pessoas com baixo nível cultural, melhorando a qualidade e expectativa de vida dos mesmos.

Para tanto, é importante que profissionais de saúde desenvolvam ações educativas, assim como promovam discussões sobre a importância do cumprimento do tratamento médico pelos pacientes com hipertensão para diminuir os problemas ocasionados pela doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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

COELHO, S.V. **Atividade física adequada para o controle e prevenção da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus Tipo 2 na população da ESFI do município de Canaã – Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família), 2018, 33f. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018.

COSTA, Augusto CF et al. Análise dos critérios diagnósticos dos distúrbios do metabolismo de glicose e variáveis associadas à resistência insulínica. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 39, n. 2, p. 125-130, 2003.

DUARTE, C. K. *et al.* Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 215-221, 2012.

DUARTE, R. *et al.* Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 13, n. 4, p. 154-180, 2018.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Nescon/UFMG, 2018.

GOUVEIA NETO, J. R.. *et al.* Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde. **Rev Nursing**. v. 22, n. 249, p. 2598-2603, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEIGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/joao-pinheiro/panorama>. Acesso em: 22 de outubro 2020.

IRIGOYEN, M. C. *et al.* Exercício físico no diabetes melito associado à hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens.** v. 10, p. 2, 2003.

KARAM, T. K. *et al.* Carqueja (*Baccharis trimera*): utilização terapêutica e biossíntese. **Rev Bras plantas medicinais**, v. 15, n. 2, p. 280-286, 2013.

LUCENA, J.B.S. **Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2. Monografia.** 73f. (Graduação em Farmácia). Escola de Farmácia. Centro de Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo, 2007.

MACHADO, F. C. C.; POZZOBON, A. Efeito da prática de atividade física sobre os níveis de triglicerídeos em mulheres sedentárias. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 6, n. 3, p.7-12, 2014.

MALACHIAS, M. V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, supl. 3, p. 1-83, Sept. 2016

MARQUES, I. **Diabetes mellitus: principais aspectos e diagnóstico através da dosagem da hemoglobina glicada.** Monografia (Graduação em Farmácia). 2018. 48f. Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto. Minas Gerais, 2018.

SANTOS, C. M. *et al.* Atividade física no contexto dos deslocamentos: revisão sistemática dos estudos epidemiológicos realizados no Brasil. **Rev Bras Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 15-22, 2009.

SILVA, A. M. M. Efeitos do consumo de frutose no metabolismo de carboidratos e lipídios no diabetes mellitus. **REVISTA UNINGÁ**, v. 18, n. 1,p. 161- 182, 2008.

SILVA, F. A. **Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 através do uso de plantas medicinais.** Monografia (Graduação em Farmácia) Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes – Rondônia, 2017.

SILVA, F. M. *et al.* Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arq Bras Endocrinol & Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 560-571, 2009.

VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura?. **Química nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005.