

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

ARIANE FONSECA ALMEIDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ESPLANADA I, MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2019

ARIANE FONSECA ALMEIDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ESPLANADA I, MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS, 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. Eliana Aparecida Villa

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2019

ARIANE FONSECA ALMEIDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ESPLANADA I, MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – (orientadora) UFMG

Professora Dra. Alba Otoni - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de novembro de 2019.

DEDICATÓRIA

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor, sempre, um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da
minha formação, meu muito obrigada.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, doenças crônico-degenerativas, são progressivas e interferem na qualidade de vida de seus portadores. São doenças que apresentam um alto índice de morbidade e mortalidade e precisam de tratamento e acompanhamento apropriados, com profissionais e medicamentos adequados. Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada para o atendimento dos pacientes portadores dessas doenças crônicas e que fazem uso do Sistema Único de Saúde. O diagnóstico situacional feito pela equipe de saúde, após observação do perfil de morbidade da população do território do Esplanada I, observações em consultas médicas, diálogo com a equipe de saúde e reuniões de Hiperdia, foi possível evidenciar um número significativo de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que não aderem corretamente ao tratamento. A partir da identificação do problema, foi realizada uma revisão de literatura acerca do tema, recorrendo-se a livros, artigos e demais publicações dispostos no acervo da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, *Scientific Electronic Library Online*, e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Na segunda etapa do presente estudo, elaborou-se um projeto de intervenção, de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, com o objetivo de atuar sobre os nós críticos e, por meio dos projetos: “Mais conhecimento”, “Mais saúde” e “Equipe unida” propor uma intervenção viável. O acompanhamento clínico e o tratamento adequados dessas doenças permitem a prevenção de complicações clínicas e agravos, para tanto, o plano de intervenção visa permitir melhor adesão ao tratamento, realização de atividades que promovam o controle dessas patologias, afim de contribuir na prevenção de complicações associadas e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, chronic degenerative diseases, are progressive and interfere in patients' quality of life. These diseases have a high morbidity and mortality rate and need appropriate treatment and follow-up, with appropriate professionals and medications. In this sense, Primary Health Care is the gateway to the care of patients with these chronic diseases and who make use of the Public Health System. The situational diagnosis made by the health team, after observing the morbidity profile of the population of the Esplanada I's territory, observations in medical consultations, dialogue with the health team and meetings of hyperdia, it was possible to evidence a significant number of patients with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus who do not adhere correctly to treatment. From the identification of the problem, a literature review was performed on the theme, using books, articles and other publications arranged in the collection of the Virtual Library of the Center for Collective Health Education, Scientific Electronic Library Online, and Latin American Literature. Health Sciences. In the second stage of this study, an intervention project was prepared, in accordance with the Situational Strategic Planning, with the objective of acting on the critical nodes and, through the projects: "More knowledge ", "More Health" and "United team" propose a viable intervention. The clinical follow-up and appropriate treatment of these diseases allows the prevention of clinical complications and diseases. Therefore, the intervention plan aims to allow better adherence to treatment, conducting activities that promote the control of these diseases, in order to contribute to the prevention of associated complications, and improve the quality of life of these individuals.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Diabetes

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
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Esplanada, Unidade Básica de Saúde, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais. 15
- Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I, em Montes Claros, Minas Gerais. 32
- Quadro 3 - Plano operativo para enfrentamento do problema da obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I, em Montes Claros, Minas Gerais. 33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	12
1.1 Breves informações sobre o município de Montes Claros-----	12
1.2 O sistema municipal de saúde-----	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Esplanada I, seu território e sua população-----	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)-----	14
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)-----	15
2 JUSTIFICATIVA -----	17
3 OBJETIVOS -----	19
3.1 Objetivo geral -----	19
3.2 Objetivos específicos-----	19
4 METODOLOGIA -----	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -----	22
5.1 Atenção Primária à Saúde-----	22
5.2 Estratégia Saúde da Família-----	23
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica-----	25
5.4 Diabetes <i>mellitus</i> -----	27
5.5 Baixa adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus-----	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO -----	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)-----	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)-----	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)-----	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)-----	31
6.5 Elaboração de um Plano Operativo-----	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	34
REFERÊNCIAS -----	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve informações sobre o município de Montes Claros

Montes Claros é uma cidade de uma população estimada de 409.341 habitantes (IBGE, 2018), sendo o sexto mais populoso do estado e o 62º do país e apresentando uma densidade populacional de 101,41 habitantes por km². Localizada na região norte do estado de Minas Gerais, pertence à microrregião homônima e mesorregião do Norte de Minas, localizando-se a norte da capital do estado, distando desta cerca de 422 km. Tem a indústria e o comércio como importantes atividades econômicas, sendo considerada um polo industrial regional. Atualmente é formada por dez distritos sendo que é subdivida, ainda, em cerca de 200 bairros e povoados.

Houve um grande processo de industrialização, em Montes Claros, a partir da década de 1970. Os incentivos fiscais e financeiros do poder público através da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), permitiu a implantação da atividade industrial e fez com que a cidade se tornasse foco de um intenso fluxo migratório, gerando um crescimento urbano desordenado. A falta de planejamento e o rápido processo de urbanização, resultou em várias áreas demarcadas por focos de pobreza. Hoje há uma predominância do espaço rural que foi substituída pelo urbano, aumentando as atividades produtivas na cidade como comércio indústria e serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2018).

O município possui escolas em todas as suas regiões. Na zona rural, a população tem fácil acesso a escolas em bairros urbanos próximos em razão da alta taxa de urbanização. O município contava, em 2018, com aproximadamente 49.697 matrículas, 2.708 docentes e 342 escolas nas redes públicas e particulares (IBGE, 2018).

Considerada um polo universitário, a cidade conta com a presença de duas universidades públicas, do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - *Campus Montes Claros* e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas.

O município foi emancipado no século XIX, tendo, há bastante tempo, a indústria e o comércio como importantes atividades econômicas, sendo considerado polo industrial da região. Atualmente é formado por dez distritos, sendo subdividido em cerca de 200 bairros e povoados. Montes Claros conta com diversos atrativos naturais, históricos ou culturais, como os Parques Municipal Milton Prates, Guimarães Rosa e Sapucaia, que são importantes áreas verdes; e construções como a Catedral de Nossa Senhora Aparecida e a Igrejinha dos Morrinhos, além de vários sítios arqueológicos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2018).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município possui 224 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 83 deles públicos e 141 privados. A cidade possui 921 leitos para internação, sendo que 241 estão nos públicos e os 680 restantes estão nos privados. Na cidade existem sete hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos.

Montes Claros conta ainda com 8.780 profissionais de saúde. No ano de 2017 foram registrados 6.075 de nascidos vivos, sendo que 7,7% nasceram prematuros, 38,5% foram de partos casarios e 16,8% foram de mães entre 10 e 19 anos (0,5% entre 10 e 14 anos). A taxa bruta de natalidade naquele ano era de 14,4. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da longevidade em Montes Claros é de 0,770 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2018).

São exemplos de hospitais da cidade o Aroldo Tourinho, Clemente de Farias (Universitário), Fundação Hospitalar Dilson de Quadros Godinho (São Lucas), Alpheu de Quadros Santa Casa e Hospital das Clínicas. A Santa Casa de Monte Claros, denominação comum do hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês, é considerado como o maior estabelecimento de saúde da região do norte de Minas Gerais (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2018).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Esplanada I, seu território e sua população

Esplanada é um bairro com cerca de 8.000 habitantes, localizada na cidade de Montes Claros. É uma área de nível sócio econômico baixo, com algumas

moradias bastante precárias e com um alta taxa de desempregados e subempregados. O saneamento básico funciona normalmente, com quase 100% das casas com esgotamento sanitário e coleta de lixo diária. No Bairro Esplanada funcionam três equipes de Saúde da Família, Vanguarda I, II e III, sendo duas situadas na mesma unidade e a outra em unidade diferente. Há também uma equipe de Saúde Bucal.

A Unidade de Saúde da Equipe Esplanada, que abriga a Equipe Vanguarda I, está situada na rua principal do bairro que dá acesso a avenida que liga vários bairros. A unidade de saúde funciona de 7:30 às 11:30 e de 13:30 às 17:30 e possui consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, de enfermagem, de curativos, farmácia básica, sala de reuniões, copa, almoxarifado e banheiros. O tempo da equipe está ocupado, na maior parte, com atividades de atendimento de demanda espontânea e com atendimento de alguns programas como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle do câncer de mama e ginecológico, atendimento de hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas. Ainda há na unidade, os grupos operativos de Hiperdia, gestantes, planejamento familiar e grupo de tabagismo (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2018).

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

Este projeto foi desenvolvido através do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), baseados na observação diária da atenção à saúde realizada na unidade (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018). Além disso, as reuniões de Hiperdia, momento de acompanhamento médico periódico de diabéticos e hipertensos na Atenção Primária, foram utilizadas para identificar e classificar os pacientes.

O formato flexível desse método permite a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade (ARTNAMANN, 2000).

Após algum tempo de observação do perfil de morbidade da população, realizado em consultas médicas, e também no diálogo com a equipe da ESF Esplanada I, os problemas identificados no território e comunidade foram:

1. Baixa adesão dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) aos tratamentos propostos
2. Diagnóstico tardio de portadores HAS e de DM tipo 2
3. Alcoolismo
4. Tráfico e uso de drogas ilícitas
5. Obesidade

1.5 A Priorização dos problemas (segundo passo)

Com o objetivo de eleger o problema prioritário foi considerado não apenas o nível de importância clínica, mas principalmente a urgência, capacidade de enfrentamento e o interesse da equipe de saúde pelo tema. No Quadro 1 estão apresentados os principais problemas detectados na área de abrangência da Equipe de Saúde.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Esplanada, Unidade Básica de Saúde, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Baixa adesão ao tratamento da HAS e DM	Alta	25	Parcial	1
Diagnóstico tardio de portadores de DM tipo 2 e HAS	Alta	22	Parcial	2
Alcoolismo	Média	20	Total	3
Tráfico e uso	Alta	25	Fora	4

de drogas ilícitas				
Obesidade	Alta	25	Parcial	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os cinco itens

A HAS e DM são doenças crônicas multifatoriais, que estão associadas a diversas outras patologias e a maior taxa de mortalidade, assim, foram selecionadas como a prioridade a ser trabalhada pela equipe.

Estudo aponta que há uma forte associação da incidência de hipertensão e também de outras doenças com características indicativas de uma condição socioeconômica desfavorável, tais quais cor de pele não branca, baixa escolaridade, nascimento em área rural e falta de plano de saúde. Em menor significância, a incidência de diabetes foi também associada a indicadores sociais de pobreza como baixa escolaridade (PIMENTA et al, 2015).

O acompanhamento clínico permite a prevenção desses agravos e complicações, portanto o plano de intervenção proposto visa identificar os pacientes com baixa adesão ao tratamento, além de realizar uma classificação dos mesmos para realização de atividades de acompanhamento clínico.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis, são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte. As doenças crônicas HAS e DM apresentam altas taxas de morbimortalidade, com repercussões econômicas, sociais e comportamentais (PEREIRA; LANZA; VIEGAS, 2019).

A HAS e a DM, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causam, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (SOUZA, 2015).

A HAS e DM são patologias que não apresentam uma única causa, entre eles encontramos a alimentação inadequada e sedentarismo, fatores que interferem diretamente na sua evolução. A falta de adesão ao tratamento na HA é um problema frequente. Vários fatores contribuem para que esse fato ocorra, destacando-se entre eles os relativos à doença, como a cronicidade e a ausência de sintomas específicos; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente portador de HA, como a idade, o sexo, a raça, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde; ao sistema de saúde: aspectos institucionais, como a falta de política no atendimento das doenças crônicas; e ao relacionamento com membros da equipe de saúde (CAVALARI et al., 2012).

Deve-se, então criar programas que visam incorporar mudanças comportamentais, como realização de atividades físicas regulares e adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, mas também contemplar intervenções populacionais, como legislação, tributação e infraestrutura visando reduzir o ambiente obesígeno a que as populações atualmente estão expostas.

Na população atendida pela ESF Esplanada I foi possível perceber que o elevado número de diabéticos e hipertensos com complicações pode estar

relacionado a alguns fatores (alimentares e sedentarismo), além da baixa adesão ao tratamento, diagnóstico tardio da doença e baixo nível de conhecimento dos mesmos. Essas causas são todas observacionais e percebidas da experiência clínica dos profissionais de saúde, tornando-se importante a identificação desses pacientes no território e posterior intervenção nos pilares supracitados (diagnóstico precoce, alimentação, atividade física e fatores psicossociais).

Desta forma, a finalidade do plano de ação é propor medidas para incentivar a melhora na adesão aos tratamentos, o diagnóstico precoce. Acredita-se que este plano de ação poderá contribuir para prevenir diversas complicações associadas ao diabetes mellitus e hipertensão e melhorar, conseqüentemente, a qualidade de vida desses pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos usuários portadores de HAS e DM da Unidade de Saúde Esplanada I em Montes Claros – Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura evidências acerca da relação do sedentarismo, obesidade e problemas psicológicos na evolução da DM e HAS;

- Estimular hábitos e estilos de vida saudável por parte dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados;

- Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados acerca da doença e suas complicações;

- Fomentar ações multiprofissionais a fim de reduzir o índice de complicações entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção, o PES utiliza um formato flexível que possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Esse método de planejamento permite que os problemas mal estruturados e complexos, possam ser abordados em suas múltiplas dimensões política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, embora se possa partir de um campo ou setor específico. Além disso, suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação (ARTMANN, 2000).

Iniciou-se com um diagnóstico situacional da unidade de saúde do Esplanada I. Com a definição dos problemas, priorizou-se o problema da baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos, cadastrados na unidade. Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade através das consultas, observação ativa da área e visitas domiciliares. A metodologia também baseou-se na observação diária da atenção à saúde realizada na unidade e nas discussões com a equipe da ESF Esplanada I, no município de Montes Claros (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Outro instrumento utilizado foram as reuniões de Hiperdia, momento de acompanhamento médico periódico de diabéticos e hipertensos na Atenção Primária, no qual esses pacientes foram identificados e classificados. Através do Hiperdia, momento de acompanhamento médico periódico de diabéticos e hipertensos na atenção primária, esses pacientes serão identificados e classificados, e em seguida direcionados a participar do projeto de intervenção.

Também foi realizada uma revisão de literatura com levantamento de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados consultadas foram a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), MEDLINE e Literatura Latino-americana

e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se os descritores: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus. Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES); e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Elaborou-se, então, a proposta de intervenção, descrevendo o plano operativo, ações que serão realizadas e possíveis resultados esperados com o desenvolvimento do plano.

Para a redação do texto utilizou-se as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações do Curso de Especialização (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

O Brasil tem um Sistema Nacional de Saúde público e universal, denominado SUS, resultado da luta pela redemocratização do País, que traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos socioambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

O conceito ampliado de saúde, presente no texto constitucional de 1988, norteador da criação do SUS é coerente com a concepção de APS e expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, que explicita a Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS (BRASIL, 2006).

Conforme a PNAB, a Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. Além disso, a atual Política prevê a oferta e a organização de ações e serviços na perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com papel privilegiado na organização de práticas com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2017).

A APS apresenta-se também como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Além disso, a APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção (MANCINKO; MENDONÇA, 2018).

Desse modo, fortalecem os princípios da APS em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social.

Na perspectiva das redes de atenção, a Atenção Primária em Saúde, deve cumprir três funções essenciais de ordenação dos sistemas de atenção: a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários; a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; e a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes (MENDES, 2012).

5.2 Estratégia Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF), em decorrência das suas potencialidades, pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar de ter sido criada em 1994, na verdade, só entra em condições de crescimento qualitativo e quantitativo, mais precisamente em 1998. A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersectorial (MENDONÇA, 2011).

Em 2017 foi publicada a nova PNAB (BRASIL, 2017), que introduziu a revisão de diretrizes fundantes que ameaçam a organização de uma APS inclusiva e equânime, entre as quais se destacam aqui, a autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados nas UBS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na atenção básica (BRASIL, 2017).

Pode-se afirmar que ainda não se sabe com clareza quais serão as repercussões dessas medidas. Todavia, é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral; conseqüentemente, riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS (MENDONÇA et al, 2018).

Priorizando ações de proteção e promoção da saúde, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do

cadastro e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada cria vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (MANCINKO; MENDONÇA, 2018).

A ESF, em seu processo de implantação e expansão, vem enfrentando várias dificuldades, muitas delas por se constituir em uma prática inovadora e contra-hegemônica. Esta nova prática é rica em potenciais de avaliação e intervenção em saúde da família, mas, para que esses potenciais se concretizem, faz-se necessário a criação de um contexto, no qual profissionais e famílias possam estabelecer uma relação de parceria, confiança, comunicação regular e transparência, bem como cooperação para atender as necessidades da família (MANCINKO; MENDONÇA, 2018).

O estabelecimento desse contexto depende da clareza do conceito de família, e de referenciais teóricos e instrumentos que capacitem os profissionais a abordarem as questões relacionadas à dinâmica familiar de modo efetivo. Acredita-se que o conceito de família deve sustentar e influenciar diretamente os aspectos relacionados às abordagens familiares na ESF e, por esse motivo, buscar explicitar este conceito é importante, para melhor compreender as práticas que acontecem neste cenário (MANCINKO; MENDONÇA, 2018).

Em vinte anos de implantação, é preciso considerar que, essa estratégia tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, produzindo vários resultados favoráveis à saúde da população. Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizador dos serviços e ações de saúde, e substitutivo do modelo tradicional de APS no Brasil (NORMAN; CHARLES, 2015).

5.3 Hipertensão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90

mmHg. Geralmente a HAS é assintomática e acomete grande parcela da população mundial. É uma condição crônica, multifatorial que leva a uma alta taxa morbidade e mortalidade. É considerado um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (CHAIMOWICZ et al, 2013).

A HAS é uma doença que envolve vários fatores associados a alterações hormonais, do metabolismo, entre outros e é responsável por um elevado número de agravos, como cardiopatias, AVC, insuficiência renal, e óbitos em grande escala mundial e nacional. A incidência distúrbio sistêmico é maior na população idosa e estimativa é que em 2050, pessoas com mais de 70 anos serão mais de 2 bilhões no mundo (CHAIMOWICZ et al, 2013). Muitas vezes, os usuários não têm a consciência das possíveis complicações da hipertensão, desta forma, não se envolvem nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos (BRASIL, 2013).

A HAS é responsável por 14% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 17,2% por acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013). A doença constitui um agravo à saúde e sua prevalência na população brasileira adulta varia entre 15% e 20% e aumenta progressivamente com a idade (QUINTANA, 2011).

Os estudos revelam sua alta prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, numa média de 32%, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos de idade e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). Estes dados são relevantes, seus agravos merecem destaque como:

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (BRASIL, 2013 p. 19)

Para a confirmação do diagnóstico, o papel do médico é primordial, pois o mesmo é responsável pela avaliação dos fatores de risco e identificação de lesões em órgãos e comorbidades do hipertenso (CAMPOS, 2019).

A doença requer um estilo de vida adequado e cuidados essenciais do usuário e, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática. Para Oliveira et al. (2013), as equipes da saúde da família, por estimularem o bom

relacionamento usuário e profissional, favorecem a corresponsabilidade do tratamento, possuem boas condições para gerarem a adesão ao tratamento de doenças como a hipertensão.

Estudos atuais, baseados na vivência clínica, verificaram que o uso dos medicamentos no controle da hipertensão arterial era ineficaz quando não associado a terapias não-farmacológicas, como: redução de peso de pacientes com sobrepeso e obesos, as mudanças na dieta, prática de atividades físicas, controle do uso de sal e o não uso do tabaco (CAMPOS, 2019).

Apesar dos avanços farmacológicos nos últimos anos, o tratamento da HAS representa um desafio para pesquisadores e clínicos de todas as áreas da saúde. A equipe multiprofissional, reconhecida como necessária para o sucesso do tratamento, vê-se frequentemente frustrada ao verificar a resistência do paciente à mudança de hábitos de vida, tão essenciais na terapêutica da hipertensão (QUINTANA, 2011).

A HAS é responsável pelo desenvolvimento de diversas complicações e redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Está associada frequentemente a alterações estruturais ou funcionais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013).

Lopes (2012) relata que o enfrentamento da HAS envolve a compreensão de seu significado, da necessidade de uso regular da medicação, dieta adequada e outros.

A hipertensão pode ser tratada, mas não curada, por ser doença crônica, diante disso é fundamental o controle e cuidados ao longo da vida do indivíduo. É importante destacar também, que profissionais que atuam na atenção básica tem um papel importante na assistência ao hipertenso como diagnosticar, orientar, assistir e tratar, assegurando o controle adequado da hipertensão (LOPES, 2012).

A principal ferramenta para o tratamento da HAS é o processo de educação em saúde por meio do qual a aquisição do conhecimento possibilitará mudanças de atitudes tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular. As ações educativas promovidas pelos profissionais possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida e estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, uma vez que o tratamento da HAS é um processo dinâmico e contínuo.

5.4 Diabetes *mellitus*

Estima-se, nos dias atuais, que a população mundial com Diabetes mellitus (DM) aproxima-se da casa de 382 milhões de pessoas, devendo chegar em 471 milhões, em 2035. Desse total de pessoas, 80% vivem em países em desenvolvimento e atingindo cada vez mais grupos etários mais jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A DM é classificado segundo a etiologia dos distúrbios glicêmicos. A diabetes tipo I procede primariamente da destruição das células β pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. A diabetes tipo II resulta, em geral, de resistência à insulina ou da deficiência de sua secreção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Segundo Alves e Calixto (2012), a DM é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina. A insulina, hormônio produzido pelo pâncreas, ao regular a sua produção e armazenamento, controla o nível de glicose no sangue. Em portadores de DM, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Na ocorrência dessa paralização, podem surgir complicações agudas, como cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar (ALVES; CALIXTO, 2012).

Outro tipo da doença é a diabetes gestacional que é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Existem também tipos específicos de diabetes menos frequentes que podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Os seus principais sintomas da DM incluem: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga, cansaço e aumento da susceptibilidade às infecções. Nos estádios mais tardios da doença podem aparecer complicações, como retinopatia com possibilidade de perda total da visão, nefropatia que pode evoluir a uma falência renal, microangiopatia e neuropatia periférica com risco elevado de amputação de membros inferiores e outras alterações em órgãos alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Além dos fatores genéticos e a ausência de hábitos saudáveis, existem outros fatores de risco que pode contribuir para o desenvolvimento da diabetes, como a HAS, sobrepeso, principalmente se a gordura estiver concentrada na região da cintura, pais, irmãos ou parentes próximos com diabetes e doenças renais crônicas (BRASIL, 2013).

A DM tipo 2 é uma doença crônica que aumenta com a idade e tem altas taxas de morbimortalidade, com alteração significativa na capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido (BRASIL, 2013).

A diabetes em idosos, assim como a HAS, está associado a maiores taxas de morte prematura e incapacidade funcional. Além disso, contribui para as chamadas síndromes geriátricas caracterizadas pela polifarmácia, disfunção cognitiva, incontinência urinária, quedas e dor persistente.

Uma rotina de autocuidado que envolve o uso de medicação e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo) é importante para o controle metabólico e prevenção das complicações da diabetes (BORBA, 2018).

A prevenção da doença e de suas complicações tornou-se prioridade nas ações de saúde pública, tendo em vista a elevada carga de morbimortalidade associada a DM. Na atenção primária, por exemplo, a prevenção se faz por meio da vigilância e atenção aos fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis.

Diante disso, faz se importante identificar as pessoas que apresentam alto risco para diabetes (prevenção primária); identificar os casos não diagnosticados (prevenção secundária) para tratamento e intensificar o monitoramento de pacientes já que possuem o diagnóstico de diabetes com vistas á prevenção de complicações agudas e crônicas (BORBA, 2018).

5.5 Baixa adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*

Certas doenças crônicas como a DM e HAS são tão silenciosas que cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o

tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Estudos apontam que cerca de dois terços dos pacientes com HAS não mantêm seus níveis pressóricos dentro dos padrões devido ao tratamento medicamentoso incorreto. Quando o tratamento é feito de forma adequada, sabe-se que menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente. A prevenção e o tratamento dessas doenças são lentos. É necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

O Programa Hiperdia, Criado pela Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, tem como finalidade cadastrar no Ministério da Saúde portadores de HAS e diabetes, a fim de estabelecer diretrizes e metas para ampliar ações de diagnóstico, prevenção, tratamento e formando grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico e de interesse aos usuários participantes, favorecendo e incentivando a mudança de hábitos de vida (SOUZA et al, 2014).

As ações do grupo de Hiperdia, são uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumenta a adesão e eficácia do tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos pacientes.

Assim, a falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano. Também provocam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, invalidez, elevados custos com internações de longa permanência, aposentadoria precoce e outros (SANTA- HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Verifica-se que a melhora da adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, e exige uma série de tomadas de decisão por parte da equipe de saúde. É necessário uma revisão sistemática das intervenções baseadas nos recursos educativos, tecnológicos e comportamentais da população e da prestação do serviço de saúde como um todo, para serem adaptadas às características e necessidades da população atendida.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos”, para 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 (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Em meio aos diversos problemas encontrados pela equipe de saúde através do método de estimativa rápida, foi identificado como prioritário aquele que causava maior impacto no âmbito social e da saúde, sendo definida a baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos.

É essencial ter em mente a dimensão do problema priorizado e o que ele representa na realidade de uma comunidade (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018). Neste sentido, a baixa adesão ao tratamento em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I no município de Montes Claros vem se destacando por sua morbidade e impacto na qualidade de vida.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Em relação ao problema priorizado, a baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos, nota-se nessa população erros frequentes no uso das medicações ou resistência em solidificar o tratamento adequado. Muitos usuários, principalmente idosos, devido ao baixo nível econômico, não conseguem ter uma alimentação saudável, há baixa adesão aos exercícios físicos e elevada quantidade de problemas psicológicos.

Essas causas são todas observadas na experiência clínica dos profissionais de saúde, tornando-se importante a identificação desses pacientes no território. Essa identificação torna-se viável através do Hiperdia, momento de acompanhamento periódico e sistemático de diabéticos e hipertensos na atenção primária. Nessa oportunidade esses pacientes são identificados, classificados e direcionados a participar do projeto de intervenção.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I foram identificados os seguintes nós críticos para o problema: baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos:

1. Baixo nível de conhecimento da população
2. Hábitos e estilo de vida da população inadequados
3. Processo de trabalho da equipe de saúde pouco eficiente.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos econômicos, organizacionais e cognitivos (FARIA; CAMPOS e SANTOS, 2018), foi possível construir o desenho de operações para os “nós” críticos do problema da baixa adesão ao tratamento de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I, em Montes Claros (Quadro 2).

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: Baixa adesão ao tratamento de hipertensos e diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I, em Montes Claros, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento da população sobre o DM e HAS
Operação/Projeto	<p>“<i>Mais conhecimento</i>”</p> <p>Fornecer informações sobre sintomas de DM e HAS e informações nutricionais hábitos saudáveis de vida aos pacientes selecionados através de grupos operativos.</p>
Resultados esperados	Maior conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos acerca de hábitos saudáveis e das consequências e complicações dessa doença.
Produtos esperados	Campanhas educativas através de grupos operativos Capacitação dos ACS. Melhora do empoderamento e autocuidado.
Recursos necessários	<p>Organizacional: Dispor de uma equipe multiprofissional para organização de grupos operativos. Organização da agenda.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos.</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos.</p>
Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida da população
Operação/Projeto	<p>“<i>Mais saúde</i>”</p> <p>Incentivar a modificação de hábitos e estilos de vida. Propor para a Secretaria de Saúde a contratação de um educador físico para acompanhar a comunidade em caminhadas e orientar a realização de exercícios físicos.</p>
Resultados esperados	Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Fomentar hábitos alimentares saudáveis Estimular os pacientes ao início da prática de atividade física.
Produtos esperados	Campanhas educativas através de grupos operativos (caminhada e orientação nutricional).
Recursos necessários	<p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.</p> <p>Organizacional: organização dos grupos operativos e definir um trajeto específico para a realização das caminhadas e dos exercícios físicos a serem realizados em uma praça do bairro após a caminhada.</p> <p>Político: Mobilização social.</p>
Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde pouco eficiente.
Operação/Projeto	“ <i>Equipe unida</i> ” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com suspeita de DM e HAS
Resultados esperados	Garantia de exames necessários para realizar o diagnóstico.
Produtos esperados	<p>Organizacional: envolvimento da equipe</p> <p>Financeiros: aumento da oferta de exames.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

6.5 Elaboração do Plano Operativo

A partir da determinação do principal problema identificado foi elaborado o plano de intervenção visando atuar no índice de obesidade em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O plano de intervenção foi elaborado a partir das premissas de mudanças nos hábitos e estilos de vida, aumento dos níveis de conhecimento da população acerca da doença e melhoria dos fatores psicossociais (Quadro 3):

Quadro 3 - Plano operativo para enfrentamento do problema: Baixa adesão ao tratamento em hipertensos e diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Esplanada I, em Montes Claros, Minas Gerais.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Profissionais Envolvidos	Prazo
<p><i>“Mais conhecimento”</i></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes e HAS e seus sintomas.</p>	<p>População mais informadas sobre o DM e HAS e suas complicações.</p>	<p>Campanhas educativas através de grupos operativos e Capacitação dos ACS.</p>	<p>Equipe de saúde do PSF</p>	<p>01 mês para o início das atividades.</p>
<p><i>“Mais saúde”</i></p> <p>Incentivar a modificação de hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano. Fomentar hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>Campanhas educativas através de grupos operativos (caminhada, orientação nutricional).</p>	<p>Equipe de saúde do PSF</p>	<p>01 mês para o início das atividades</p>
<p><i>“Equipe unida”</i></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com suspeita de DM e HAS</p>	<p>Garantia de exames necessários para realizar o diagnóstico.</p>	<p>Profissionais de saúde capacitados para realizar com eficácia o rastreio dos portadores de diabetes mellitus e HAS</p>	<p>Equipe do PSF</p>	<p>Início em 01 mês e ação contínua.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário de saúde atual, com elevados índices de doenças crônicas e estilo de vida moderno pautado no sedentarismo, má alimentação, entre outros, a Atenção Primária à Saúde vive um dos momentos de maior importância histórica. A responsabilidade de promover mudanças de hábitos nocivos, bem como, ofertar conhecimento em saúde, e realizar o acompanhamento longitudinal das pessoas é atribuído às UBS e suas equipes de saúde da família.

HAS e DM, possuem um ponto em comum: hábitos inadequados de vida e baixa adesão ao tratamento. Essa relação deve ser observada, uma vez que, a associação entre essas doenças em um mesmo paciente não é rara, já que compartilham basicamente os mesmos fatores de risco. Dessa forma, nota-se a importância de se focar em uma intervenção que promova conscientização, mudança de atitude, e autocuidado por parte do agente central de tudo isso: o paciente.

Conclui-se que todos os esforços das ESF devem se voltar para prevenção das doenças crônicas, em especial, a educação em saúde, estímulo de mudança do hábito de vida, que atua como fator importante na adesão ao tratamento das duas principais entidades clínicas o DM e a HAS que em longo prazo, melhoram a qualidade de vida.

No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento, faz-se necessário a aplicação de estudos epidemiológicos, visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de detecção precoce e melhor canalização de recursos humanos e financeiros para o tratamento destas doenças não transmissíveis e que se instalam de forma silenciosa. Atividades de promoção de saúde que atuem direcionadas para a resolução dos nós críticos do problema é o caminho proposto para uma nova e possível transformação no território do Esplanada I.

REFERENCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J. Health Sci. Inst.**, Campinas. v. 30, n.3, p. 255-260, jul./set., 2012.

Disponível em:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf. Acessado em: 25 set 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acessado em: 9 set. 2019.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional do nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. **Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social: COPPE/UFRJ**, 2000. 25p.

BORBA, A. K. de O. T. al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 3, pp. 953-961, 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016> .Acesso em: 09 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, A. M. P. et al. Prevalência e busca ativa da hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes inseridos na Estratégia de Saúde da família: revisão de literatura. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 5, mar. 2019. ISSN 2358-9124.

Disponível em:

<<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/3019>>. Acesso em: 09 Set. 2019.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 67-72, set. 2012. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979>>. Acesso em: 03 set. 2019.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do Idoso**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 179p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 08 out 2019.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 15 out. de 2019.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. -- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2018). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

LOPES, M. T. A. **Baixa adesão ao tratamento da hipertensão pelos idosos – elaboração de um plano de ação**. Araçuaí, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3774.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

MANCINKO, J; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n.1, pp. 18-37, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acessado em; 26 set. 2019.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. **O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. p. 71-137, 2012.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras, Brasília: OPAS. p. 23-36, 2011.

MENDONÇA, M. H. M, et al,. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa, Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2018.

NORMAN, A. H. e T., CHARLES, D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 24, n. 1, pp. 165-179, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>>. Acesso em: 03 set 2019.

OLIVEIRA, T.; MIRANDA, L.; FERNANDES, P.; CALDEIRA, A. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p.179-84, 2013.

PEREIRA, N. P. A.; LANZA, F. M.; VIEGAS, S. M. F.. Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 102-110, fev. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2019.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>>. Acesso em: 09 out 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm>. Acesso em: 10 set. 2019.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 25 set. 2019.

SANTA-HELENA, E. T. de; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J.. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2389-2398, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2015**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>

SOUZA, N. P. G. et al. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 52-57, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15579>>. Acesso em: 03 set. 2019.

SOUZA, C. S. de et al . Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hipertensão: Estudo de Base Territorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 102, n. 6, p. 571-578, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.