

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

Rodrigo Simões de Almeida

**PLANO DE AÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES *MELLITUS* NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLORENÇA II EM
RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Rodrigo Simões de Almeida

**PLANO DE AÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES *MELLITUS* NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLORENÇA II EM
RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Sonia Faria Mendes Braga.

Belo Horizonte

2020

Rodrigo Simões de Almeida

**PLANO DE AÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E
NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SITÊMICA E
DIABETES *MELLITUS* NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLORENÇA II EM
RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Sonia Faria Mendes Braga

Banca examinadora

Professora Sonia Faria Mendes Braga – Doutorado - UFMG

Professora Alba Otoni – Doutorado - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de outubro de 2020

Dedico este projeto à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Florença II de Ribeirão das Neves – MG, que muito contribuiu para a realização deste trabalho e, tem compartilhado comigo momentos importantes e de troca de experiências inesquecíveis em favor da saúde e da qualidade de vida de nossos usuários.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo amor e carinho, pelos ensinamentos, pela força e coragem que me deram ao longo de minha caminhada.

Agradeço aos amigos pelo companheirismo, pelos momentos agradáveis que vivemos juntos e por compartilharem comigo de meus sonhos e realizações.

Agradeço muitíssimo à minha equipe de trabalho pelas dificuldades enfrentadas, pela troca de experiências e conhecimentos, pelos momentos em que lutamos pelos mesmos objetivos, pela luta juntos, pelas conquistas ao longo do tempo, pela coragem de enfrentar a pandemia ao meu lado, mesmo diante dos riscos, mas com a certeza de que faremos a diferença ao final de tudo isso.

A minha tutora pelos ensinamentos seguros, pelas orientações, pelas dicas e, principalmente, pelo carinho e respeito.

Aos colegas de profissão, pela luta pela vida do outro, por melhorias na saúde pública, por acreditar em nossas capacidades e seguir em frente na busca de prevenir e combater as doenças que assolam a humanidade desde a sua existência.

Aos colegas do curso de Especialização que também contribuíram com os ensinamentos através dos Fóruns e troca de experiência.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste estudo, muito obrigado.

“A medicina é a arte da incerteza e a ciência da probabilidade”

Sir William Osler

RESUMO

Este projeto traz uma discussão sobre as dificuldades de adesão ao tratamento em doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial e diabetes *mellitus* dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde Florença II, do bairro Florença, do município de Ribeirão das Neves. O objetivo geral deste projeto é propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos usuários com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial adscritos à Equipe de Saúde da Família Florença II em Ribeirão das Neves/ Minas Gerais. Foram realizadas discussões com a equipe de saúde da unidade para o levantamento de problemas, com o apoio de levantamento de dados, sobre a população com doenças crônicas, através dos sistemas de informação em saúde. Após este levantamento de dados, iniciou-se um grupo de discussão entre, a equipe da Unidade Básica de Saúde e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com o intuito de elaborar um plano de intervenção coletivo e multidisciplinar, para melhorar o acesso à informação, educação e, por consequência, melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* tipo 2. O crescente aumento das doenças crônicas em níveis epidêmicos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, está relacionado às mudanças na alimentação e no estilo de vida (como sedentarismo, uso de tabaco e de bebidas alcólicas, entre outros) que foram ocorrendo nas últimas décadas. Estas doenças são representadas por um grupo de doenças (doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas) caracterizadas por multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, com longo período assintomático, prolongado e permanente e com diferentes graus de incapacidade e morte. Estas doenças acometem pessoas de 15 a 65 anos de idade, sendo que acima dos 65 anos as doenças crônicas não transmissíveis têm frequências muito elevadas. Porém, tem-se encontrado certa negação ao tratamento por parte dos pacientes, principalmente ao tratamento não farmacológico que inclui mudanças no estilo de vida e uma alimentação mais saudável. Espera-se com implementação do projeto, uma redução da morbimortalidade, uma compreensão por parte dos pacientes do auto cuidado, levando em consideração suas limitações e dificuldades diárias, e principalmente, melhorar a qualidade de vida destes pacientes, do ponto de vista funcional e clínico.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Atenção primária. Tratamento.

ABSTRACT

This project discusses the difficulties of adhering to treatment in chronic diseases, especially arterial hypertension and diabetes mellitus of users seen at the Basic Health Unit Florence II, in the Florence district, in the city of Ribeirão das Neves. The general objective of this project is to propose an intervention plan to improve adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of users with diabetes mellitus and arterial hypertension assigned to the Florence II Family Health Team in Ribeirão das Neves / Minas Gerais. Discussions were held with the unit's health team to survey problems, with the support of data collection, about the population with chronic diseases, through health information systems. After this data collection, a discussion group started between the Basic Health Unit team and the Family Health Support Center team, in order to develop a collective and multidisciplinary intervention plan, to improve the access to information, education and, consequently, to improve adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of patients with Systemic Arterial Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus. The growing increase in chronic diseases at epidemic levels, both in developed and developing countries, it is related to changes in diet and lifestyle (such as physical inactivity, use of tobacco and alcoholic beverages, among others) that have been occurring in recent decades. These diseases are represented by a group of diseases (cardiovascular diseases, diabetes mellitus, cancer and chronic respiratory diseases) characterized by a multiplicity of complex risk factors, interaction of known and unknown etiological factors, with a long asymptomatic, prolonged and permanent period and with different degrees of disability and death. These diseases affect people from 15 to 65 years of age, and over 65 years of age, chronic non-communicable diseases have very high frequencies. However, there has been some denial of treatment by patients, especially non-pharmacological treatment that includes changes in lifestyle and healthier eating. It is expected with implementation of the project, a reduction of morbidity and mortality, an understanding on the part of patients of self-care, taking into account their limitations and daily difficulties, and mainly, improve the quality of life of these patients, from the functional and clinical point of view.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary attention. Treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Ribeirão das Neves – Minas Gerais	13
Quadro 1	Resumo da caracterização do Território	13
Quadro 2	Estrutura Etária da População - Município - Ribeirão das Neves - MG	14
Quadro 3	Vulnerabilidade Social - Município - Ribeirão das Neves - MG	15
Quadro 4	Atividades desenvolvidas pela equipe da UBS Florença II de Ribeirão das Neves – Minas Gerais	19
Quadro 5	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família da Unidade Básica de Saúde Florença II, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	21
Quadro 6	Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG	34
Quadro 7	Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG	35
Quadro 8	Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ECG	Eletrocardiograma
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Aspectos Gerais do Município	12
1.2	Sistema Municipal de Saúde	16
1.3	Aspectos da comunidade	17
1.4	Unidade Básica de Saúde	18
1.5	Equipe de Saúde da Família	18
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe	19
1.7	O dia a dia da equipe	19
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	20
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção (segundo passo)	21
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo Geral	24
3.2	Objetivos Específicos	24
4	METODOLOGIA	25
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1	Hipertensão arterial sistêmica: tratamento farmacológico e não farmacológico	26
5.2	Diabetes mellitus: tratamento farmacológico e não farmacológico	29
5.3	Abordagem da Hipertensão Arterial e da DM na Atenção Primária a Saúde quanto à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico	30
6	PLANO DE AÇÃO	32
6.1	Descrição dos problemas selecionados	32
6.2	Explicação dos problemas selecionados	33
6.3	Seleção dos Nós Críticos	33
6.4	Desenho das operações	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea está em um processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos quase dobrará de 12% para 22%. Em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais será superior ao de crianças com menos de cinco anos. Em 2050, 80% das pessoas idosas viverão em países de baixa e média renda. O ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido do que no passado. O aumento do número de idosos, de acordo com os dados, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2018).

O envelhecimento acompanha o aumento de doenças crônicas, que solicitam uma abordagem multidisciplinar acompanhada de tratamento farmacológico e não farmacológico adequado e regular. Doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM), necessitam de um bom controle e acompanhamento para atingir objetivos terapêuticos e diminuição de gastos em saúde.

De acordo com as novas exigências de saúde e acessibilidade desta população idosa, a Estratégia de saúde da família tem papel fundamental, nesta adesão do paciente ao tratamento, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adesão é “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde” (WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

1.1 Aspectos gerais do município

Ribeirão das Neves é uma das cidades mais antigas da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), tendo surgido em meados do século XVIII, em 1943, passou a se chamar Ribeirão das Neves, emancipando-se em 12 de dezembro de 1953. Após a construção da Penitenciária Agrícola de Neves, na década de 1930, que o núcleo urbano se desenvolveu, atraindo a migração de parentes de penitenciários. Com o crescimento, novas unidades penitenciárias foram criadas, contribuindo para uma denominação de “cidade presídio” e para desestimular o crescimento econômico, que era baseado na produção de hortigranjeiros e na extração de areia nos córregos (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O processo de evolução urbana do município de Ribeirão das Neves acompanha o da região de Belo Horizonte, nos anos de 1940. Entre 1950 e 1960, a industrialização e o

crescimento populacional da capital consolidaram em 34 cidades na região metropolitana com um deslocamento da população de baixa renda para os municípios a norte da região metropolitana, como Ribeirão das Neves, o que causou uma ocupação irregular e clandestina no município (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Ribeirão das Neves é uma cidade que teve população estimada de 334.858 habitantes no ano de 2019 (IBGE 2019), localizado na região noroeste da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), situando-se a 23 km da capital. O município possui uma área de aproximadamente 154,67 Km² e sua divisão administrativa é composta de dois distritos: o distrito sede e o distrito de Justinópolis (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Figura 1 – Ribeirão das Neves – Minas Gerais



Fonte: (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2019)

Quadro 1 – Resumo da caracterização do Território

Área 153,41 km ²	IDHM 2018 0,684	Faixa do IDHM Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699)	População (Censo 2019) 334.858 hab.
Densidade demográfica 1.931,92 hab/km ²	Ano de instalação 1953	Microrregião Belo Horizonte	Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/>

A economia do município concentra-se na indústria e no comércio em geral, que emprega a população economicamente ativa. O município conta com três macrorregiões: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza. Em termos de atividades culturais, a região é conhecida pelo artesanato e cerâmica locais. O município, inclusive, conta com o trabalho das mulheres artesãs do programa Costura e Arte — Solidariedade e Sustentabilidade (EMPRESA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS - EMATER, 2016).

Entre 2000 e 2010, a população de Ribeirão das Neves cresceu a uma taxa média anual de 1,57%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 98,15% para 99,27%. Em 2010 viviam, no município, 296.317 pessoas (INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2010).

O Quadro 2 apresenta a estrutura etária da população de Ribeirão das Neves.

Quadro 2 - Estrutura Etária da População - Município - Ribeirão das Neves - MG

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	57.139	39,25	81.230	32,04	76.656	25,87
15 a 64 anos	85.028	58,41	164.806	65,00	206.442	69,67
População de 65 anos ou mais	3.411	2,34	7.509	2,96	13.219	4,46
Razão de dependência	71,21	-	53,84	-	43,54	-
Taxa de envelhecimento	2,34	-	2,96	-	4,46	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP (2018)

Razão de dependência - Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa). Taxa de envelhecimento - Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Em termos de educação, em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 8,01% eram analfabetos, 40,32% tinham o ensino fundamental completo,

23,33% possuíam o ensino médio completo e 2,53%, o superior completo (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O Quadro 3 apresenta as taxas de vulnerabilidade social de Ribeirão das Neves.

Quadro 3 - Vulnerabilidade Social - Município - Ribeirão das Neves - MG

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	36,38	24,64	16,40
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	83,22	64,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola Razão entre o número de crianças de 6 a 14 anos que não frequentam a escola e o total de crianças nesta faixa etária, multiplicada por 100.	18,23	5,37	3,46
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa.	-	17,17	8,88
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,03	2,58	2,22
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	6,79	5,06
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	20,26	23,96	24,71
% de vulneráveis e dependentes de idosos	1,45	1,83	1,38
% de crianças extremamente pobres	18,66	9,73	4,10
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	71,17	53,64	30,03
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	48,28	32,85
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	80,68	90,65	94,16

Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2018)

O município de Ribeirão das Neves, tem muitos e sérios problemas em relação à infraestrutura, muito em relação a um crescimento rápido sem grande planejamento. A expansão urbana acelerada e sem controle não obteve êxito no desenvolvimento sustentável: com prejuízos aos recursos hídricos, houve comprometimento da infraestrutura de saneamento em termos de esgotamento sanitário, coleta de lixo, drenagem pluvial e ausência de

pavimentação, causando o surgimento de áreas de risco, que refletem um quadro de carências e de grande precariedade habitacional (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde vigente adota o modelo organizacional em redes de atenção à saúde, há 23 anos, hoje com 53 Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes de saúde da família cobrindo em torno de 80% da população. O sistema de saúde do município é composto por um Hospital geral e obstétrico, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um centro de especialidades, que conta com serviços de atenção especializada como doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um infantil, um adulto e um especificamente para atendimento de dependentes de álcool e drogas. O município conta ainda com um centro de assistência integral à saúde da mulher.

A cidade se utiliza da proximidade de grandes centros de saúde como Contagem e Belo Horizonte, tem consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar e obstetrícia.

As patologias mais comuns encontradas no município são: infecções sexualmente transmissíveis, infecção do trato urinário, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, doenças cardíacas e, em 2020 COVID-19.

Não se pode deixar de ressaltar o contexto atual em relação a pandemia do COVID-19. Segundo os dados divulgados pelo Ministério da Saúde no município de Ribeirão das Neves até a data de 29 de agosto de 2020 são:

- Casos suspeitos: 10.786;
- Casos confirmados: 2.661;
- Casos conformados em presídios: 296;
- Óbitos confirmados: 105;
- Casos curados: 2.190.

A rede de serviços do município está distribuída da seguinte forma:

- ✓ ATENÇÃO PRIMARIA: Possui
- ✓ ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Possui.
- ✓ ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Possui
- ✓ ATENÇÃO HOSPITALAR: Possui.

- ✓ APOIO DIAGNÓSTICO: Possui (caso necessário conta com apoio de unidades de referência em Belo Horizonte)
- ✓ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: Possui
- ✓ VIGILÂNCIA DA SAÚDE: Possui
- ✓ RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: Possui
- ✓ RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS: Possui
- ✓ CONSÓRCIO DE SAÚDE: Possui
- ✓ MODELO DE ATENÇÃO: Primária e secundária.

O ESF enfrenta alguns problemas relacionados à rede de saúde como: faltam investimentos em campanhas para a prevenção (imunização) de algumas doenças; falta de investimentos em programas voltados para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); recursos financeiros escassos para investir em melhorias; dificuldade de fazer um atendimento com acolhimento com classificação de risco por causa da demanda.

Com a situação enfrentada atualmente por causa do COVID-19 fica muito difícil trabalhar com classificação de risco, porém, são atendidos primeiramente aqueles que chegam à unidade em emergência ou urgência.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade atendida na UBS Florença II é composta por mulheres (34%), homens (28%), idosos (24%) e crianças (14%). Os problemas mais encontrados na comunidade são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas, obesidade, usuários de drogas e uso de bebidas alcoólicas.

Em relação à infraestrutura da comunidade encontram-se ocupações irregulares, algumas ruas sem pavimentação e sem saneamento básico. Porém, a maioria das casas se encontra com tratamento de água e esgoto disponíveis.

A coleta do lixo é feita regularmente pela prefeitura do município. A água da cidade é distribuída pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA/MG). A energia elétrica é fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais S.A. (CEMIG).

A comunidade tem escola que atende ensino fundamental e médio, farmácia, padaria, mercados e pequenos bares.

A comunidade está próxima às margens da BR-040, e os níveis críticos, em áreas de divisa com outro município, onde as ocupações são mais recentes, com alto índice de desempregados, jovens com envolvimento com o tráfico e usuário de drogas.

A população de idosos atendidos pela UBS Florença II, em torno de 451 pessoas acima de 60 anos, 451 hipertensos e 466 diabéticos de acordo os dados do território. Nesta comunidade existem três equipes de saúde: Florença I, Florença II e Novo Florença.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Florença II

A ESF Florença II é responsável por 25 ruas do bairro Florença. A unidade tem cadastradas 4.230 pessoas e 1.135 famílias, sendo que 98% fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade se localiza na Avenida Ida Jubeline, principal avenida do bairro, com fácil acesso, sendo atendida por duas linhas de ônibus que atendem e chegam à unidade. A Unidade foi construída em terreno próprio, inaugurada em 2012. É composta por uma recepção ampla, banheiro para os funcionários e para usuários, consultórios para o médico, enfermeira e técnico de enfermagem, sala de vacina, farmácia e sala de agentes comunitários de saúde (ACS), cozinha e sala do NASF.

A unidade tem estrutura de materiais para realização de curativos, medicação anti-hipertensiva, antidiabéticos e analgésicos. Aparelhos de sonar, estetoscópios, esfigmomanômetros, mesa ginecológica, foco de luz, macas, otoscópio e Eletrocardiograma (ECG). Tendo como serviços à comunidade, Consultas médicas, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades, fornecimento de medicação básica e grupos operativos. Os serviços oferecidos pela unidade são: Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral e grupos operativos HIPERDIA (hipertensos e diabéticos), grupos de gestantes e de idosos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Florença II

A equipe da UBS Florença II é composta: um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem (um na sala de vacina, um no acolhimento e um na farmácia), seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma equipe de saúde bucal (odontólogo e auxiliar de odontologia), um segurança patrimonial e um profissional de serviços gerais e equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é composta de uma educadora física, um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, um terapeuta ocupacional, uma farmacêutica e uma nutricionista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Florença II

O horário de funcionamento é de 8h as 17h. de segunda a sexta-feira. Nossa agenda durante a semana é distribuída em: Pré-natal, demanda espontânea, puericultura, grupos, visitas domiciliares, preventivo, atendimento agendado e reunião de equipe.

1.7 O dia a dia da equipe Florença II

O trabalho da equipe é baseado no atendimento diário à população da comunidade do bairro Florença em Ribeirão das Neves. O fluxo de atendimento é grande, porém, temos um planejamento semanal de atividades que facilitam o nosso trabalho em equipe.

O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos.

O resumo das atividades desenvolvidas na UBS está apresentado no quadro abaixo.

Quadro 4 – Atividades desenvolvidas pela equipe da UBS Florença II de Ribeirão das Neves – Minas Gerais

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

Fonte: Autoria própria (2020)

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

Além dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes, hipertensão e saúde mental, que são sumariamente a maior parte da demanda da UBS, a vulnerabilidade social, baixo nível cultural, pobreza, fácil e difundido acesso a drogas, além de condições como situações de violência doméstica ou prostituição e aliciamento de menores são importantes problemas relacionados à situação da população adscrita à área de abrangência da equipe.

Observa-se que grande parte da população adscrita à ESF Florença II, tem grande dificuldade em seguir as prescrições tanto farmacológicas, quanto não farmacológicas. Esta situação ficou clara a partir de observação, por parte da equipe, que a maioria das receitas que estavam sendo solicitadas para renovação, tinham um período maior que seis meses, após a sua confecção, concomitante, observou-se que os pacientes de forma deliberada, escolhiam a partir de opiniões próprias e de pessoas próximas (vizinhos e familiares), quais medicações seriam de uso contínuo e qual a frequência, horários de posologia. Além dessa observação sobre a descontinuidade de tratamentos farmacológicos, existe dificuldade em adesão a tratamentos não farmacológicos como: atividade física regular, alimentação saudável, redução do sódio e açúcar, tanto em relação a mudança de hábito de vida quanto a participação e comparecimento em grupos e tratamentos complementares como: fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia, ficando visível a não adesão da população tanto nas faltas quantificadas quanto nas discussões dos casos nas reuniões de matriciamento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Sobre este problema de adesão farmacológica e não farmacológica, observa-se que a população sofre com as mudanças constantes da equipe de saúde da família na UBS Florença II, no período de junho de 2018 a junho de 2019, houve três trocas de médicos e duas trocas de enfermeiros na unidade, dificultando assim, a relação de confiança equipe/paciente, e favorecendo a descontinuidade do acompanhamento e tratamento de doenças crônicas, com um descrédito por parte dos pacientes, na adesão às propedêuticas propostas, com descontinuidade devido às trocas dos profissionais citados, afetando até mesmo da equipe do NASF.

Outro ponto observado é o desabastecimento de medicações na rede de saúde do município, sem uma reposição adequada, trazendo dificuldades na adesão ao tratamento continuado por pessoas carentes ou que tenham mobilidade reduzida no acesso a farmácia central do município.

A distância do Bairro Florença ao centro de Ribeirão das Neves, em torno de sete km aproximadamente, com acesso pela rodovia federal o que é mais um empecilho a população assistida pela UBS Florença II, que sofre de diversidade a falta de drogarias na região. Outro ponto importante é a dificuldade da população, principalmente nos grupos acima de 40 anos de idade, entender as orientações descritas, devido a alto índice de analfabetismo funcional. Diante do exposto, a equipe elegeu como proposta de intervenção a falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico na UBS Florença II.

1.9. Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 5 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família da Unidade Básica de Saúde Florença II, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Considerável número de pacientes que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico.	Alta	20	Parcial	1º
Dificuldade da população na compreensão da Estratégia de saúde da família.	Média	5	Total	2º
Vulnerabilidade social da população adscrita.	Alta	5	Fora	3º

Fonte: Próprio autor (2020)

*Alta, média ou baixa (corrigido)

** Total dos pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30 pontos

***Total, parcial ou fora (corrigido)

****Ordenar os problemas considerando os critérios avaliados (corrigido)

2 JUSTIFICATIVA

O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares impôs a necessidade de desenvolver e implementar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco que levam aos desfechos primários relacionados às mesmas.

O aumento da prevalência de doenças cardiovasculares associadas à hipertensão arterial é resultado não só da própria hipertensão arterial, como da agregação de outros fatores de risco a ela frequentemente associados, como obesidade, intolerância à glicose, diabetes e dislipidemia. Nas últimas décadas, especialmente nas populações urbanas, tem se registrado um aumento no consumo de álcool, fumo, nível de estresse, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, com alto teor de gordura e sal na alimentação (FREEMAN, 2018).

As medidas que visam modificar os hábitos e estilo de vida, quando implementadas no próprio hipertenso ou naqueles com alto risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial, podem levar à redução significativa dos níveis tensionais.

A associação de dislipidemia e diabetes mellitus com a HA são muito frequentes e aumenta significativamente o risco para doenças cardiovasculares. O controle do perfil lipídico e glicêmico contribui indiretamente para o controle dos níveis tensionais, pela manutenção do peso ideal, especialmente se associado à atividade física regular (GEWWEHR et al., 2018).

A hipertensão apresenta uma das condições clínicas mais incidentes em nosso país. Seu tratamento inclui, além de estratégias farmacológicas, a mudança no estilo de vida, incluindo a prática de exercícios físicos (GEWWEHR et al., 2018).

A prevalência de obesidade e, conseqüentemente, do diabetes tipo 2 tem aumentado de forma alarmante em todo o mundo. Inicialmente, este aumento era mais expressivo nos países industrializados, porém, projeções apontam que, num futuro próximo, o maior aumento da incidência de obesidade e diabetes ocorrerá nos países em desenvolvimento (CUPPARI, 2015).

Complicações específicas do diabetes frequentemente coexistem. Por exemplo, a maioria dos pacientes apresenta retinopatia, enquanto grande parte daqueles com complicações cardiovasculares tem algum grau de comprometimento renal. Em comum, os riscos de desenvolvimento ou progressão dessas complicações podem ser reduzidos através do tratamento adequado, seja ele farmacológico ou não farmacológico (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

Percebe-se que a adesão ao tratamento dessas doenças tem sido baixa e cabe à equipe de saúde aumentar a adesão ao tratamento, assim como, prevenir complicações, ofertando melhores tratamentos e mudanças na qualidade de vida destes usuários.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO-FILHO; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Diante do contexto acima, o trabalho se justifica tendo como principal objetivo aumentar a adesão ao tratamento. Acredita-se que as ações propostas neste projeto possam interferir na conscientização dos usuários quanto à hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, assim como interferir na decisão de aderir aos tratamentos disponíveis com a certeza de melhorias na qualidade de vida dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre usuários adscritos não transmissíveis, do tipo portador de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes *mellitus*, à Equipe de saúde da família Florença II em Ribeirão das Neves/ Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Organizar os encontros dos grupos de atividade física, hipertensos, memória e cognição;
2. Informar aos participantes sobre as doenças crônicas e a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
3. Estimular a adesão aos programas de prevenção e tratamento das doenças crônicas;
4. Desenvolver temas sobre autocuidado, longevidade e prevenção das doenças crônicas, enfatizando a importância da participação ativa dos pacientes no tratamento.

4 METODOLOGIA

Esta proposta está voltada para construção de um plano de intervenção baseado em ações preventivas para estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre usuários adultos e usuários adscritos a equipe da Unidade Básica de Saúde Florença II no município de Ribeirão das Neves/ Minas Gerais.

Essa proposta foi elaborado segundo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), para construir um projeto para intervir no problema considerado mais importante, ou que mais afeta a vida as pessoas, que estão sendo diagnosticadas e não havendo evolução retornam repetidas vezes em busca de atendimentos na unidade e relatando o mesmo problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O PES estuda os problemas relacionados à realidade do território na qual se pretende intervir, estabelecendo prioridades. A pesquisa bibliográfica foi realizada nos materiais disponibilizados pela biblioteca virtual do Nescon, nos periódicos existentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), tendo como descritores constantes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão arterial. Diabetes *mellitus*. Atenção primária. Tratamento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida e o envelhecimento da população têm contribuído para o crescente aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e no mundo (OPAS).

É consenso que a dieta e a atividade física são fatores importantes na promoção e manutenção da saúde durante o ciclo de vida, e que as características da dieta podem determinar não somente a saúde do indivíduo no momento presente, mas, também, influenciar o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, em um período de vida mais tardio.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: tratamento farmacológico e não farmacológico

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Situações específicas favorecem o desenvolvimento da hipertensão arterial, entre elas: a obesidade, inatividade física, elevada ingestão de sal (sódio), baixa ingestão de potássio e consumo abusivo de álcool. No grupo de indivíduos cuja pressão arterial encontra-se limítrofe (130 a 139/85 a 89 mmHg) também contribuem para o aumento do risco cardiovascular as dislipidemias, a intolerância à glicose e o diabetes estabelecido, o tabagismo, a menopausa e o estresse emocional (CUPPARI, 2015).

Estudos recentes mostram que, entre os idosos, sua prevalência varia de 52% a 63%, o que permite identificar a HAS como um problema de saúde pública, conferindo ao paciente um alto risco cardiovascular. A hipertensão arterial é a doença que mais leva o paciente ao consultório médico, tanto dos clínicos como dos cardiologistas ou nefrologistas (GEWWEHR et al. 2018).

A hipertensão arterial evolui de maneira assintomática na quase totalidade dos pacientes. Mesmo sem provocar sintomas, a hipertensão arterial é importante fator de risco para o aparecimento de cardiopatias, doenças arteriais, renais e cerebrais. Os vasos são o grande órgão-alvo da hipertensão, responsável pelas principais complicações. A hipertensão passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não suportar as alterações que sofrem para se adaptar ao novo regime pressórico. Não são alterações precoces, surgindo em geral após mais de dez anos da presença da doença (GEWWEHR et al. 2018).

O principal objetivo do tratamento não é reduzir sintomas, uma vez que a quase totalidade dos pacientes é assintomática. O objetivo é prevenir complicações cardiovasculares (CUPPARI, 2015).

Sendo a hipertensão uma doença assintomática, o seu diagnóstico depende de campanhas educativas que destacam a importância do diagnóstico e a importância do seu controle para a prevenção de complicações, mesmo em pessoas que nada sentem. O seu diagnóstico depende, portanto do paciente procura medir sua pressão espontaneamente, ou fazer exames periódicos e, em alguns casos, será diagnosticada tardiamente quando o paciente já apresentar complicações. Considerando que o tratamento precoce da doença permite prevenir as suas complicações, a população deve ser esclarecida quanto a importância de medir a pressão arterial (PA) periodicamente, uma vez que esta é a melhor maneira de se saber é hipertenso ou não (FREEMAN, 2018).

A hipertensão arterial mal controlada é hoje uma das principais causas de insuficiência renal. O tratamento adequado reduz a progressão da lesão renal e conseqüentemente a incidência de insuficiência (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

Diversas classes de anti-hipertensivos já demonstraram reduzir o risco cardiovascular e, na maioria dos casos, torna-se necessário associar fármacos com mecanismos de ação diferentes. Além da evidência de benefício clínico, a escolha do anti-hipertensivo deve considerar fatores como comorbidades do paciente, o perfil de efeitos adversos, a interação medicamentosa, a posologia e até mesmo o preço do fármaco no mercado (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015).

As recomendações para adoção de mudanças no estilo de vida e utilização de uma postura mais saudável, com alimentação com menos produtos industrializados, associados a hábitos mais salútares é uma unanimidade do meio médico e científico e conta, ainda, com apoio irrestrito da mídia contemporânea (BARRETTO; SANTELLO, 2016).

Há inúmeros registros observacionais de maior incidência de hipertensão e patologias cardiovasculares em pessoas com obesidade, sedentárias e ainda consumidoras em excesso de sal e álcool. Com a alta prevalência de obesidade, de alcoolismo e de sedentarismo em nosso meio, há largo campo para todas as tentativas, motivações e ensaios para melhorar este perfil (BARRETTO; SANTELLO, 2016).

São muitos os trabalhos mostrando os benefícios, aumento da expectativa de vida e de qualidade de vida, no prazo superior a cinco anos. Um aspecto a ser lembrado na implementação de mudanças no estilo de vida é que os efeitos benéficos são inquestionáveis, mas o tempo necessário para obtê-los e a impossibilidade de saber quem, de fato, conseguirá realizar as

mudanças de estilo de vida fazem com que muitos médicos, na prática, iniciem tratamento farmacológico, cuja previsibilidade em reduzir a pressão é relativamente maior, enquanto aguardam e incentivam a redução de peso ou do consumo de sódio (FREEMAN, 2018).

Há ainda outros aspectos que fazem com que, na prática, a ordem de aplicação, tratamento não farmacológico antes do tratamento farmacológico, seja invertida: (a) a redução do tempo das consultas, realidade imposta pelo atual sistema público e privado brasileiro, fazendo com que muitos médicos utilizem três ou quatro consultas sucessivas para efetivar as recomendações sugeridas pelos consensos; (b) a realidade observada na atividade diária de que nenhum paciente gosta de a cada visita, ser cobrado de ações e metas que não pode ou não consegue alcançar. Neste aspecto é preciso senso para hierarquizar as “cobranças” que dependem diretamente do paciente, mais do que o uso de fármacos, por exemplo, controle do diabetes e/ou do tabagismo. Tem-se utilizado um roteiro apresentado ao paciente de obtenção de metas sequenciais; (c) o ideal seria o emprego de equipes multidisciplinares, uma ferramenta inquestionável e eficaz que há muito está sendo implementada em todos os serviços públicos e privados (FREEMAN, 2018).

A baixa adesão ao tratamento da hipertensão tem sido um problema muito frequente entre os pacientes. Segundo Gewwehr *et al.* (2018, p. 12):

A adesão ao tratamento de uma doença consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde. No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA.

Entre as causas da baixa adesão ao tratamento, tem-se: dificuldade de identificar o nome do medicamento e outras informações na embalagem; dificuldade de lembrar de tomar o medicamento; efeitos colaterais adversos; dificuldade de compressão sobre a necessidade de tratamento; problemas na interação de medicamentos quando o paciente faz uso de polifarmácia e problemas financeiros para dar continuidade ao tratamento (CUPPARI, 2015).

5.2 Diabetes *Mellitus*: tratamento farmacológico e não farmacológico

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (FREEMAN, 2018).

Embora conhecida há muito tempo, o diabetes *mellitus* (DM) não apresenta grandes perspectivas de cura em curto e médio prazo. É atualmente, um problema importante de saúde mundial. Sua incidência e prevalência estão aumentando, principalmente em países em desenvolvimento e recentemente, industrializados (CUPPARI, 2015).

A maioria dos portadores de DM, cerca de 90%, é classificada como tendo diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e de 5% a 10% diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) (CUPPARI, 2015).

As complicações do DM podem causar diversos desfechos clínicos negativos para os pacientes. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (ROSSANEIS *et al.*, 2019).

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1% a 2%. Baseiam-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável: a quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em cinco a seis refeições/lanches diários; os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais.

A prática de atividade física também é recomendada entre o tratamento não farmacológico. A atividade física pode aumentar a sensibilidade à insulina, melhorar a tolerância à glicose, reduzir os lipídeos sanguíneos e ajudar na redução do peso (ROSSANEIS *et al.*, 2019).

Várias classes de fármacos estão disponíveis para o manejo do DM2, mas como na hipertensão arterial há baixa adesão ao tratamento. A baixa adesão pode ser classificada em três

tipos: (1) falha em comprar e tomar o remédio; (2) interrupção do medicamento logo após seu início ou (3) falta de comprometimento. Os motivos sempre são justificados pelos pacientes como falta de informação quanto à necessidade do tratamento; efeitos colaterais indesejados; questões culturais e econômicas e esquecimento (FREEMAN, 2018).

5.3 Abordagem da Hipertensão Arterial e da DM na Atenção Primária a Saúde quanto a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco que contribuem para o agravamento deste cenário no Brasil (BRASIL, 2017).

O papel da atenção primária é investir na prevenção para garantir a qualidade de vida como também para evitar hospitalização devido aos agravos destas doenças, o que leva a gastos consideráveis para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2017).

Desta forma, a atenção básica tem como objetivo vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços prestados pela equipe (BRASIL, 2014).

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, as sociedades científicas e as associações de portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (BRASIL, 2014, p. 9).

O tratamento do DM e HAS incluem as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Desta forma, pacientes portadores de DM e HA devem estimulados a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado com alimentação saudável, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas, restrição de sódio e de açúcares). A mudança nos hábitos de vida pode ser obtida se houver uma estimulação constante em todas as consultas, ao longo do acompanhamento e através das visitas domiciliares. O tratamento dos portadores de HAS e DM deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes os seguintes

critérios: a idade do paciente, presença de outras doenças e o tratamento das mesmas, saúde mental do paciente, interação entre as medicações usadas para tratamento de outras doenças, condições econômicas do paciente, cultura dos pacientes, apoio da família (BRASIL, 2014).

É muito importante que a equipe de saúde da atenção básica ajude na educação do paciente em relação, principalmente ao tratamento não medicamentoso como mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis (CUPPARI, 2015).

Segundo Cuppari (2015), a baixa adesão ao tratamento da HA e DM se deve a diversos fatores como: falta de apoio da família, falta de informação do paciente quanto à necessidade de tratamento, condições socioeconômicas, efeitos colaterais dos medicamentos, polifarmácia, esquecimento do paciente em tomar seus medicamentos, falta de ânimo para as atividades físicas, dificuldade em mudar hábitos alimentares, entre outros.

De acordo com Cuppari (2015) é importante o acompanhamento da equipe multiprofissional para que o tratamento do paciente seja bem-sucedido. A atenção primária tem o dever de averiguar e monitorar a evolução da doença e do tratamento, evitando assim, complicações e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Apesar das orientações dadas nas consultas médicas e no Grupo de Hipertensão e Diabetes *Mellitus* (DM) tipo II da UBS Florença II, percebe-se que se mantém grande o número de pacientes em uso irregular das medicações em relação às doses, aos horários de ingestão dos medicamentos, os esquecimentos e ao não acondicionamento adequado da medicação. Além disso, percebemos a grande dificuldade por parte da população na compreensão das orientações quanto às mudanças de hábitos de vida relacionados à alimentação, à atividade física e às atividades de estímulo à memória. Desta forma, os níveis de descontrole das doenças crônicas continuam preocupantes na população sob cuidado da equipe de saúde da unidade.

Na Unidade básica de Saúde Florença II há alta prevalência de pacientes com diabetes e hipertensão, porém o maior problema está na baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Dos 415 pacientes, 204 são hipertensos e 211 são diabéticos. Do total, apenas 182 pacientes aderiram ao tratamento farmacológico e apenas 54 aderiram ao tratamento não farmacológico como mudança nos hábitos alimentares e prática de atividade física. As mudanças no estilo de vida incluem cessação ao tabagismo e redução no consumo de bebidas alcoólicas, sendo que dos 415 pacientes com hipertensão e diabetes, 114 fazem uso de tabaco e 54 fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas. A redução do consumo de sódio também tem sido um grande problema, mas não se tem dados sobre quantos pacientes fizeram esta mudança. Dados dos prontuários demonstram que 68 pacientes apresentam complicações ocasionadas pelo diabetes e hipertensão.

Percebe-se que, diante de dados tão alarmantes como os citados acima, ações de intervenção devem ser implantadas para mudar o quadro clínico dos pacientes e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações e para cada causa selecionada como: “nós críticos”, operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.2 Explicação do Problema (quarto passo)

De acordo a evolução de nossas percepções e achados coletivos em reuniões de equipe, detectamos uma baixa adesão da população coberta pela ESF Florença II ao tratamento proposto, tanto o farmacológico, quanto não farmacológico para as doenças crônicas HAS e DM. Os pacientes demonstravam maior interesse pelos tratamentos farmacológicos, mas com adesão parcial, que era de acordo com sensações e/ou informações compartilhadas pelos próprios usuários de maneira aleatória e sem respaldo teórico em grande parte.

Existe grande demanda por parte dos usuários em exames laboratoriais e de imagem, fármacos e consultas médicas, porém, com baixa adesão às orientações e modificações de hábito de vida propostas nas consultas. Fatores envolvendo adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, dados demográficos dos usuários, aceitabilidade da medicação, relação entre o usuário e os profissionais de saúde, regime terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e entendimento da doença e do tratamento (FARIA et al., 2017).

Observou-se também, que existe um elevado índice de analfabetismo na população acima de 40 anos de idade, sendo outro fator relevante na descontinuidade farmacológica e de não compreensão das orientações não farmacológicas.

6.3 Seleção dos “Nós Críticos” (quinto passo)

1. Nível de informação dos pacientes sobre os fármacos e orientações não farmacológicas para HAS e DM.
2. Nível de informação da equipe sobre os fármacos e orientações não farmacológicas para HAS e DM.
3. Alto índice de analfabetismo na população acima dos 40 anos, população mais idosa que concentra maior número de comorbidades;

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

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

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG.

Nó crítico 1	Nível de informação dos pacientes sobre as doenças crônicas.
6º passo: operação (operações)	Aumentar o grau de informação e entendimento dos pacientes sobre sua condição de saúde atual e a progressão do quadro.
6º passo: projeto	Saber mais e viver melhor
6º passo: resultados esperados	Promover a informação aos pacientes, de forma acessível e objetiva sobre os processos de saúde, doença e mudanças de hábito de vida; melhorar a adesão às mudanças de hábitos de vida.
6º passo: produtos esperados	Palestras nos grupos, orientações em consulta médica e esclarecimento de dúvidas tanto por enfermeiro, médico, e outros membros da ESF.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Utilização do espaço da ESF. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro: folder e cartazes sobre as atividades a serem impressos. Político: divulgação através da associação do bairro
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Manter usuários motivados e bem informados. Político: Conseguir espaço na associação do bairro. Financeiro: folha A4 e toner para impressão de folder e cartazes.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Membros da associação do bairro (motivação favorável) Coordenador regional da ESF (motivação favorável) Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretores das escolas e associação comunitária).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de saúde (Médico e Enfermeiro) 2 meses para o início das atividades e duração de 12 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com a equipe de saúde e com o gestor da unidade para avaliação dos resultados alcançados (quinzenalmente).

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG.

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe sobre os fármacos e orientações não farmacológicas.
6º passo: operação (operações)	Grupo de estudos permanente, com foco em saúde, doenças crônicas e fármacos contínuos.
6º passo: projeto	Cérebro - Fórum de educação e aperfeiçoamento
6º passo: resultados esperados	Reunião semanal com a equipe. Redução das dúvidas da equipe de saúde, melhora da informação ao usuário, e redução de morbimortalidade e adesão ao tratamento.
6º passo: produtos esperados	Grupo de estudos permanente e rodas de conversas.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Própria ESF. Cognitivo: Informação dos temas e discussão de dúvidas e estratégias. Financeiro: Impressão de recursos didáticos e projeção em TV da ESF. Político: Solicitação a secretaria de saúde para disponibilidade de tempo dos funcionários e utilização do espaço da ESF. Organização de agenda da equipe da ESF Florença II, para disponibilidade de horários,
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Agendamento da sala da reunião da ESF Cognitivo: Disposição de envolvidos na interação e estudos dos temas. Político: conseguir a disponibilidade de tempo da equipe da ESF Florença II Financeiro: Para aquisição de folhas A4 e toner de impressora.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de saúde (motivação favorável). Gerente da ESF Florença II (motivação favorável) Palestras, rodas de conversas e discussão de casos clínicos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem Início em 1 mês e término em 12 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com a equipe de saúde e com o gestor da unidade para avaliação dos resultados alcançados (quinzenalmente).

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de adesão farmacológica e não farmacológica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Florença II, do município Ribeirão das Neves, estado de MG.

Nó crítico 3	Alto índice de analfabetismo na população acima dos 40 anos, população mais idosa que concentra maior número de comorbidades.
6º passo: operação (operações)	Cor e luzes Estruturação pedagógica para confecção de caixas de controles de medicações e de relógios interativos para adesão dos horários de tomadas da prescrição. Oficina de confecção e de relógios e caixas separadoras de medicamentos. Orientação individual sobre prescrições farmacológicas e não farmacológicas.
6º passo: projeto	Oficina da Saúde.
6º passo: resultados esperados	Aquisição de informações mais objetivas, lúdicas, de fácil entendimento, respeitando a individualidade e dificuldade de cada indivíduo.
6º passo: produtos esperados	Melhora da independência do paciente em relação ao seu autocuidado farmacológico. Melhora da adesão aos tratamentos.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Utilização de espaço ESF Cognitivo: NASF Financeiro: compra de lápis de cores, giz de cera, cola e folhas A4. Político: Articulação com associação de moradores, supermercados da região para doação de caixas e papelões.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacidade de compreensão dos pacientes ao uso dos relógios e caixas. Político: articulação com associação do Bairro e supermercados. Financeiro: Compra de materiais de confecção nas oficinas e doação de supermercados de caixas e papelões,
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria saúde (favorável). Gestor da UBS (favorável) NASF (favorável). Supermercados (motivação favorável). Triagem de usuários. Reunião com associação do bairro e supermercados da região. Reunião com equipe do NASF.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiro, técnicas de enfermagem e NASF. 2 meses para iniciar as atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Triagem de usuários e reunião com os mesmos para esclarecimento do projeto. Palestra com farmacêutica sobre manuseio e acomodação das medicações. Oficina de confecção dos relógios e caixas de medicamentos. Consulta individual com técnicas de enfermagem e ACS para explicação e organização das caixas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar este projeto se percebeu o quanto a equipe de saúde precisa melhorar seu processo de trabalho com pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão e diabetes, que são consideradas as doenças que mais causam complicações e mortes no Brasil.

É longo o caminho a ser percorrido para a educação em saúde. Os pacientes muitas vezes buscam um atendimento quando já estão sintomáticos, dificultando a prevenção de doenças e complicações. A equipe por sua vez, não consegue fazer um acompanhamento individualizado e adequado para rastrear pacientes que necessitam de ajuda. Muitos são idosos, vivem sozinhos, outros não possuem o apoio da família para um tratamento adequado e longo. Assim, nossa realidade de trabalho, às vezes se perde diante de uma realidade de vida de cada um de nossos pacientes.

A adesão ao tratamento é fator primordial para se alcançar os objetivos propostos pela equipe de saúde de toda unidade de atendimento, mas para isso, é preciso contar com as dificuldades que iremos enfrentar ao longo de nossa jornada, como por exemplo, a falta de informação tanto da equipe quanto do paciente sobre determinadas ações; a falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações; a falta de apoio dos familiares dos pacientes, principalmente quanto ao tratamento; as condições financeiras e culturais que influem na baixa adesão ao tratamento; entre outros desafios.

A equipe de saúde enfrenta, no dia a dia, situações que fogem ao nosso controle e que necessitam de atenção para detectar os fatores de risco, as necessidades dos pacientes e as necessidades da equipe enquanto cuidadores e enquanto agentes promotores de saúde e de melhores condições de vida.

Esse trabalho pode nos mostrar que cuidar de doenças não é o nosso único objetivo é preciso ver os pacientes enquanto seres humanos, enquanto corpo e alma que necessitam ser ouvidos, que necessitam ser entendidos e criar vínculos entre estes paciente e a equipe pode ser nossa única saída para prevenir e tratar doenças. Não basta o médico ou a equipe prescrever remédios ou mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, sendo preciso, antes de tudo, entender como fazer isso e em como conscientizar os pacientes da necessidade de se cuidar, de viver com qualidade de vida e vencer alguns obstáculos.

Este trabalho busca, através das propostas no plano de ação, valorizar a comunicação em saúde, valorizar o ser humano e ver que é possível ouvi-lo e entendê-lo em sua completude.

Não é possível atualmente, que o paciente seja passivo às indicações de tratamento propostas por equipes de saúde, o investimento no conhecimento e divisão de tarefas ao longo do processo terapêutico, demonstra a verdadeira inclusão no sistema de saúde, tanto do profissional de saúde, quanto do usuário.

De acordo com a complexidade na elaboração de Políticas de Saúde de maneira global, o enfoque deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL - Ribeirão das Neves/MG. Disponível em http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/2864. Acesso em 01 de agosto de 2020.

BARRETTO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão**: Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos Editora, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica n. 35, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 out.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/> Acesso em 01 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> . Acesso em: 6 Ago 2020.

CARVALHO-FILHO, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. **Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na atenção básica: perspectiva de profissionais e usuários**. Saúde Debate, v. 38, n. especial, 2014.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

DATASUS, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 02 de agosto de 2020.

EMPRESA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS (EMATER). **Assessoria de Comunicação. Artesãs de Ribeirão das Neves produzem ótimas opções de presentes para o natal**. Belo Horizonte: EMATER, 2016. Disponível em: <http://www.emater.mg.gov.br/portal.do/site-noticias/artesas-de-ribeirao-das-neves-produzem-otimas-opcoes-de-presentes-para-natal/?flagweb=novosite/pagina-interna&id=19868>. Acesso em: 06 ago. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 93p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

FRANCISCHETTI, E. A.; SANJULIANI, A. F. **Tópicos especiais em hipertensão arterial**. São Paulo: BBS editora, 2016.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO. **Plano Municipal de Regularização Fundiária Sustentável de Ribeirão das Neves**. Produto 2. Levantamentos e Diagnóstico. Volume I. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana. Belo Horizonte, 2009.

GEWWHR, D. M. *et al.* **Adesão ao Tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária à saúde**. Saúde Debate, v. 42, n. 16, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8575 Acesso em 16 set 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento Populacional**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em 18 set 2020.

ROSSANEIS, M. A.; ANDRADE, S. M.; GVOZD, R.; PISSENATI, P. S. C.; HADDAD, M. C. L. **Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus**. Ciências e Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, 2019.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve: WHO; 2003.