

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade De Medicina.
Núcleo De Educação Em Saúde Coletiva
Especialização Medicina De Família E Comunidade

Karina Cristina dos Santos

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDUSTRIAL AMERICANO, EM SANTA LUZIA,
MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2024

Karina Cristina dos Santos

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDUSTRIAL AMERICANO, EM SANTA LUZIA,
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Medicina De Família E Comunidade -
CEMFC, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Professor (a) André Luiz dos
Santos Cabral

Belo Horizonte

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidata: **KARINA CRISTINA DOS SANTOS**

Título do Trabalho:

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE INDUSTRIAL AMERICANO, EM SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**


Comissão Examinadora:

Orientador: ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS CABRAL

Avaliadora: RENATA ADRIANA LABANCA

Aos sete dias do mês de novembro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da candidata, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente à candidata. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 07 de novembro de 2024

Documento assinado digitalmente
 ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS CABRAL
Data: 07/11/2024 09:43:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS
CABRAL
ORIENTADOR

Renata Adriana
Labanca

Assinado de forma digital por
Renata Adriana Labanca
Dados: 2024.11.07 09:48:06 -0300'

RENATA ADRIANA LABANCA
AVALIADORA

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um desafio significativo para a saúde pública no Brasil, entre essas doenças, a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) se destacam, gerando uma alta demanda por consultas na atenção primária. **Justificativa:** Os indicadores do Programa Previne Brasil incluem a proporção de hipertensos com pressão arterial aferida em consultas, a proporção de diabéticos com hemoglobina glicada solicitada, além de acompanhamento e adesão ao tratamento desses pacientes. A procura da população portadora de DM e HA por atendimento é frequente na Unidade Básicas de Saúde (UBS) Industrial Americano, contudo, a maioria dos pacientes deseja apenas a renovação de receita dos medicamentos, o que contribuiu para baixa cobertura dos indicadores 6 e 7, que no primeiro quadrimestre de 2024 foi de 34%. Isso remete à baixa adesão ao tratamento e controle inadequado das comorbidades e seus fatores de riscos. **Objetivo:** Desenvolver intervenções que promovam a adesão ao tratamento e melhorem a qualidade de vida dessa população. **Metodologia:** Inclui uma revisão de literatura sobre a relação entre DM e HA, enfatizando fatores de risco e intervenções. A equipe de saúde realizará um diagnóstico situacional para identificar problemas no acompanhamento desses pacientes. A educação continuada da equipe será promovida por meio de cursos gratuitos do Ministério da Saúde, complementados por resumos mensais. Atividades educativas na sala de espera envolverão todos os membros da equipe, e um grupo operativo para hipertensos e diabéticos será desenvolvido. **Resultados esperados:** A implementação deste projeto visa alcançar resultados que se alinham diretamente com os objetivos do Previne Brasil, que incluem a promoção da saúde, o aumento da cobertura e o acesso aos serviços de saúde, além de garantir a qualidade do atendimento, aumento na adesão ao tratamento e melhora nos indicadores de saúde, com a redução dos níveis de glicemia e pressão arterial. **Considerações finais:** O sucesso deste projeto será medido não apenas pela adesão ao tratamento, mas pela capacidade de transformar a relação dos pacientes com suas condições de saúde, com promoção do bem estar individual e coletivo, beneficiando a população que convive com hipertensão e diabetes.

Palavras-chave: Hipertensão; diabetes mellitus; diabetes mellitus tipo 2; assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Non-communicable chronic diseases (NCDs) represent a significant challenge to public health in Brazil. Among these diseases, hypertension (HTN) and diabetes mellitus (DM) stand out, generating a high demand for consultations in primary care. **Justification:** The indicators of the Previner Brasil Program include the proportion of hypertensive patients with blood pressure measured during consultations, the proportion of diabetic patients with requested glycosylated hemoglobin tests, as well as follow-up and adherence to treatment for these patients. The demand for care from the population with DM and HTN is frequent at the Industrial Americano Basic Health Unit (UBS); however, most patients only want to renew their medication prescriptions, which contributes to the low coverage of indicators 6 and 7, which in the first four months of 2024 was 34%. This points to low adherence to treatment and inadequate control of comorbidities and their risk factors. **Objective:** To develop interventions that promote adherence to treatment and improve the quality of life of this population. **Methodology:** Includes a literature review on the relationship between DM and HA, emphasizing risk factors and interventions. The healthcare team will conduct a situational diagnosis to identify problems in the follow-up of these patients. Continuing education for the team will be promoted through free courses from the Ministry of Health, supplemented by monthly summaries. Educational activities in the waiting room will involve all team members, and an operational group for hypertensive and diabetic patients will be developed. **Expected results:** The implementation of this project aims to achieve results that directly align with the objectives of the Previner Brasil program, which include promoting health, increasing coverage and access to health services, as well as ensuring quality of care, increasing adherence to treatment, and improving health indicators, with a reduction in blood glucose and blood pressure levels. **Final considerations:** The success of this project will be measured not only by adherence to treatment, but by its ability to transform patients' relationship with their health conditions, promoting individual and collective well-being, benefiting the population living with hypertension and diabetes.

Keywords: Hypertension; diabetes mellitus; type 2 diabetes mellitus; comprehensive health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1. ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO	6
1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE:	7
1.3. ASPECTOS DA COMUNIDADE:	8
1.4. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PREFEITO RUI AVELAR DE SOUZA (UBS INDUSTRIAL AMERICANO):	9
1.5. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:	10
1.6. O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE INDUSTRIAL AMERICANO:	11
1.7. O DIA A DIA DA EQUIPE:	11
1.8. PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE:	12
1.9. SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO:	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GERAL:	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
4 METODOLOGIAS	19
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
6 RESULTADOS ESPERADOS	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Santa Luzia é um município do Estado de Minas Gerais, uma cidade histórica, situado a 27 km de Belo Horizonte, integrando a região Metropolitana, próxima aos aeroportos de Confins e da Pampulha. Sua população, de acordo com o censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é 219.132 habitantes, sendo 99,72% localizados em área urbana e 0,28% em área rural (IBGE, 2022).

A cidade possui área total de 235,205 km, que subdivide-se à Sede, correspondente à Parte Alta, Parte Baixa, Zona de Expansão Urbana e Zona Rural; e o distrito de São Benedito. Densidade demográfica de 931,66 hab/km. Há três vias de acesso ao município com portais, que delimitam o limite com Belo Horizonte e Sabará e constituem parte do sistema de segurança: via MG-20 ou Avenida das Indústrias; via MG-010 e MG-433 via São Benedito e via BR-381, por meio da Avenida Beira Rio. (SARAIVA, 2012).

O arraial de Santa Luzia foi fundado em 1692, aproximadamente, durante o ciclo do ouro. Uma expedição dos remanescentes da bandeira de Borba Gato implantou o primeiro núcleo da Vila, às margens do rio das Velhas, no garimpo de ouro de aluvião. Com a enchente do rio, o pequeno vilarejo mudou-se para o alto da colina, onde, hoje, é o Centro Histórico da cidade. O arraial se inseriu facilmente nas principais rotas comerciais da Estrada Real, devido ao seu posicionamento geográfico estratégico. Em pouco tempo, o povoado ganhou importância e visibilidade na região nos oitocentos, tornou-se arraial e, em 1697, ergueu-se o definitivo povoado, que recebeu o nome de Bom Retiro. Em 1856, tornou-se uma vila independente, separando-se de Sabará e consolidando-se como importante centro comercial, e a partir de 1924, passou a se chamar Santa Luzia (SARAIVA, 2012).

A Padroeira da Cidade, conforme a história oral relatada por um pescador chamado Leôncio, que tinha problemas na visão, observou um objeto brilhando no rio, enterrado na areia. Quando pegou era a imagem de Santa Luzia, a santa protetora dos olhos, e assim se deu o primeiro milagre da santa, já que na mesma hora ele volta a enxergar. A imagem foi levada para a primeira capela do arraial, tornando-se a padroeira do município. O Sargento, Mór Pacheco Ribeiro, que morava em Portugal,

ao ficar cego, fez uma promessa a Santa Luzia das Minas Gerais, que se voltasse a enxergar viria para a cidade. Como recebeu o milagre, ele se mudou com suas três filhas para Santa Luzia e construiu o templo, onde hoje está a Igreja Matriz, localizada na Rua Direita, no Centro Histórico (DINIZ, 2008).

Uma atração extra de Santa Luzia é o Convento de Macaúbas, cuja denominação oficial é Mosteiro de Nossa Senhora da Conceição de Macaúbas, fundado pelos irmãos Manuel e Félix da Costa Soares em 1714 e tem mais de 300 anos de história. Primeiro recolhimento feminino do estado, o Mosteiro é oficialmente protegido por atos de proteção nas instâncias federal, estadual e municipal sendo tombado, em 1963, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, em 1978, pelo Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico, e, em 1989, pela Prefeitura Municipal de Santa Luzia (DANTAS; ANDRADE, 2019).

O território de Santa Luzia também foi palco para vários eventos de grande importância, como a visita do Imperador D. Pedro II, a inauguração de linhas férreas logo no fim do século XIX, e a Batalha entre liberais e conservadores, opondo dois grandes líderes: Teófilo Otoni e Duque de Caxias, respectivamente associados aos grupos citados (TURISMO, 2023) .

1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Conforme os dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) considerando a estimativa da população de Santa Luzia em 2020 de 219.134 habitantes e a cobertura populacional estimada de equipes de Atenção Básica de 175.950 habitantes, com cobertura da Atenção Primária à Saúde de 80,29% no período de dezembro de 2020 (SAÚDE, 2021a).

Conforme os dados apresentados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2023, existem no município de Santa Luzia, 48 estabelecimentos públicos de saúde e outros 20 privados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa ampla rede de Atenção à Saúde pode ser subdividida em: 57 equipes de Estratégia Saúde da Família, 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - UPA São Benedito com funcionamento de 24 horas, Hospital de média complexidade - Hospital Municipal Madalena Parrilo Calixto, Maternidade e Hospital São João de Deus, Centro de Consultas Especializadas (CCE), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), base do Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Médico de Atenção Domiciliar (SAD) constituído por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

No Centro de Consultas Especializadas (CCE) são oferecidas as seguintes especialidades médicas: pneumologia, cardiologia, urologia, nefrologia, angiologia, reumatologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, ortopedia, proctologia, mastologia, ginecologia, gastroenterologia e hepatologia, neurologia, hematologia e geriatria.

Os serviços de apoio diagnóstico, como exames de ultrassonografia, radiografias, mamografia, endoscopia e colonoscopia são realizados no Hospital Municipal, e outros exames como tomografia, ressonância, entre outros, são realizados em outros municípios. A Assistência Farmacêutica em Santa Luzia é composta por duas farmácias abertas ao público na Sede e São Benedito, mais as unidades de Pinhões e Bom Destino.

Em relação aos sistemas logísticos de transporte há equipes para o transporte de usuários a outros municípios, e também para transporte de funcionários no exercício das funções, como visitas domiciliares e transporte de materiais e equipamentos. Cada equipe de saúde da família conta com um motorista.

Existe o Prontuário Eletrônico do cidadão (PEC), sendo o município um dos selecionados para testagem das atualizações em nível nacional, o que em muitos momentos dificulta o trabalho, devido às atualizações no sistema, que impossibilita o registro de informações. Os usuários possuem o cartão do SUS e Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) que é exigido no momento do atendimento nas Unidades de Saúde da Família.

1.3. ASPECTOS DA COMUNIDADE:

De acordo com o Censo do IBGE de 2022, a população é estimada em 219.132, predominantemente feminina, com 114.524 habitantes mulheres. Da população total naquele ano, 42.679 habitantes (19,5%) tinham menos de 15 anos de idade, 144.889 habitantes (66,1%) tinham de 15 a 60 anos e 31.564 pessoas (14,4%) possuíam mais de 60 anos.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,715, considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para

o Desenvolvimento (PNUD). Apresenta 84% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 76,26% da população é atendida com abastecimento de água. A cidade tem sua atividade econômica baseada na indústria e comércio.

Em 2023 foram totalizadas 16.679 internações hospitalares de munícipes, conforme o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sendo as provocadas por gravidez, parto e puerpério (2.136), as do aparelho circulatório (1.917) e as doenças do aparelho digestivo (1.909) as que mais geraram internações. As principais causas de mortalidade, conforme Sistema de Informações sobre Mortalidade no ano de 2022, de acordo o CID-10 foram as doenças do aparelho circulatório (362), as neoplasias (246) e as doenças do aparelho respiratório (147).

1.4. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: PREFEITO RUI AVELAR DE SOUZA (UBS INDUSTRIAL AMERICANO):

A UBS Prefeito Rui Avelar de Souza, UBS Industrial Americano, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 6198317, em 25 de março de 2009, está situada na rua Argentina, 531, no Bairro Industrial Americano, Santa Luzia - MG, 33020-020, que abriga uma equipe de Saúde. Dista 5,5 km do Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), 6,6 km da Delegacia Regional de Santa Luzia, 3,2 km da base do SAMU e 3,3 km do Hospital Municipal Madalena Parrillo Calixto.

O prédio é próprio, novo, inaugurado em 2021, espaçoso e atende bem a demanda de usuários que buscam atendimento na unidade. Há um número suficiente de cadeiras para que todos possam esperar sentados pelo atendimento, não há aparelhos de ar condicionado e ventiladores, o que gera desconforto quando dias de calor intenso, principalmente nos consultórios médicos.

Há uma sala de reuniões que comporta todos os funcionários da equipe, esta possui janelas amplas com boa circulação de ar. Na UBS há dois consultórios médicos, um consultório para coleta de papanicolau com maca adequada para posicionamento das pacientes, um consultório da enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de imunização, uma sala de curativo, uma sala de triagem para aferir sinais vitais, uma copa, dois banheiros para os usuários, dois banheiros para os funcionários, uma sala dos agentes de saúde e de endemias, uma sala de expurgo e uma sala de almoxarifado.

A limpeza e organização do ambiente também o tornam agradável. A estrutura da unidade é boa, o local é confortável, os principais problemas são em relação à falta de ventiladores e o barulho gerado pelo consultório odontológico.

1.5. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

A equipe de Saúde da Família Industrial Americano é constituída por uma médica, uma médica de apoio, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo, uma auxiliar de consultório odontológico, dois agentes de endemias, uma gerente e uma auxiliar de serviços gerais.

De acordo com os dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), essa equipe presta assistência para 5368 cidadãos, distribuídos em seis microáreas. Essa população é assim descrita: 2460 indivíduos do sexo masculino e 2908 indivíduos do sexo feminino, 269 crianças menores de cinco anos, 850 indivíduos entre cinco e 14 anos, 396 indivíduos entre 15 e 19 anos, 951 pessoas entre 20 e 29 anos, 2188 cidadãos entre 30 e 59 anos, 628 pessoas entre 60 e 79 anos, 86 pessoas com idade acima de 80 anos.

Em relação à escolaridade o perfil populacional é de baixo nível de instrução, com grande número de analfabetos e analfabetos funcionais. Conforme dados do SISAB consta como: 220 analfabetos; 1063 cursaram o Ensino fundamental 1 a 4 séries/ Ensino fundamental da Educação de Jovens e Adultos (EJA); 1066 cursaram o Ensino fundamental 5 a 8 séries/ Ensino fundamental EJA; 152 cursaram o Ensino fundamental completo; 1695 cursaram o Ensino médio, médio 2 ciclo (científico, técnico e etc) / Ensino médio EJA/ Ensino Médio Especial; 250 cursaram o Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado; 192 relataram nenhum e 722 não foi informado.

Na área de abrangência da UBS existe a Escola Municipal Luísa Rosalia Diniz Kentish que oferece aulas de educação infantil, ensino fundamental I, ensino fundamental II. Além da Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI) Antônio Gomes Damião que oferece aulas de educação infantil. O território não abrange indivíduos da zona rural.

Há elevado número de famílias sem renda fixa, que dependem do Programa Assistencial Bolsa Família; as profissões prevalentes são: auxiliar de serviços gerais, diarista, doméstica, pedreiro, vendedor e motorista.

1.6. O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE INDUSTRIAL AMERICANO:

A UBS Industrial Americano funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 08h00 às 17h00. As agendas dos profissionais são organizadas pela gerente e readequadas de acordo com as necessidades dos profissionais e com auxílio da enfermeira, que exerce as atividades assistenciais e administrativas da unidade.

1.7. O DIA A DIA DA EQUIPE:

O acolhimento é realizado por todos os profissionais da equipe, inicia-se pela recepção, na qual a gerente da unidade e uma agente de saúde lançam o usuário no sistema de atendimento.

No período da manhã os atendimentos médicos são por demanda espontânea, o paciente é acolhido por uma técnica de enfermagem que aferi os sinais vitais e direci ona este paciente para triagem, que é realizada pela enfermeira, neste atendimento ela direciona o paciente que será atendido pelas médicas, os que serão atendidos por consulta compartilhada, os que terão consulta agendadas e aqueles que serão atendidos somente pela enfermeira. Pela manhã e no período da tarde são realizados também curativos, por uma técnica de enfermagem e quando necessário com auxílio da enfermeira. A sala de vacina funciona todos os dias das 8:00h às 16:00h, com uma técnica direcionada somente para aplicação de vacinas.

No turno da tarde são as consultas agendadas tanto para as médicas, como para a enfermeira. Atualmente, a UBS conta com duas médicas, sendo uma delas médica de apoio, devido ao elevado número de atendimentos diários, o que estava gerando grande sobrecarga de trabalho na médica da equipe. A maior parte dos atendimentos é por demanda espontânea e retorno de pacientes para controle de doenças crônicas.

Os grupos para portadores de doenças crônicas estão com baixa adesão desde a pandemia do COVID-19. Os exames para detecção precoce de câncer de colo de

útero são realizados pela enfermeira, semanalmente, por meio de agendamento prévio. As visitas médicas domiciliares são realizadas quinzenalmente, nas quintas-feiras, no turno da tarde, e agendadas previamente, cerca de cinco a seis agendamentos, salvo em casos de urgência, onde o atendimento é realizado sem agendamento e de acordo com a disponibilidade do médico e de um motorista para realizar o deslocamento, caso necessário.

Quinzenalmente a equipe multidisciplinar composta por educadora física, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e assistente social realizam atendimentos individuais e em grupo na unidade, neste dia também é realizado a reunião de matriciamento, com discussão dos casos e planejamento das atividades coletivas. Estas ainda com baixa adesão da comunidade.

Na UBS também são realizados atendimentos psiquiátricos, pediátricos e cardiológicos a cada quinze dias, durante um turno, a agenda é organizada pela gerente da unidade, conforme as guias de encaminhamentos geradas nos atendimentos na unidade.

Atualmente, foi estabelecido uma parceria com a Escola Municipal Luísa Rosalia Diniz Kentish, no qual as supervisoras entram em contato com a unidade para acolhimento de alunos e suas famílias que elas visualizaram vulnerabilidades e problemas de saúde até então não assistidos, neste momento é sinalizado para agente de saúde realizar uma visita para estas famílias, e posterior agendamento de consulta médica.

O agendamento de exames laboratoriais é realizado pela enfermeira e pelas médicas, por meio do Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (SISREG), que também é utilizado para lançamento dos encaminhamentos das especialidades Médicas, estes são classificados por ordem de prioridade que é determinada por quem realiza o atendimento e posteriormente analisado pela regulação do Município.

1.8. PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE:

Por meio do método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território e a reunião com toda a equipe de saúde da unidade estabelecemos que os principais problemas encontrados sejam relacionados à deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos e diabéticos; a auto-medicação frequente; a má adesão medicamentosa, renovação de receitas sem avaliação médica

por vários meses, o uso indiscriminado de psicotrópicos sem acompanhamento periódico, principalmente pelo uso de benzodiazepínicos cronicamente e sem a avaliação posterior do quadro do paciente.

O crescimento significativo da longevidade no Brasil trouxe o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, que trazem considerável grau de incapacidade e piora na qualidade de vida, além de provocar aumento de demanda aos serviços de saúde (SCHMIDT et al., 2011). Em concordância com essa realidade os principais agravos de saúde da população adulta adscrita são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 920 hipertensos e diabetes mellitus com 315 diabéticos cadastrados. Conforme dados do SISAB no período de janeiro - junho de 2024 foram realizados 2215 atendimentos médicos, sendo 494 atendimentos aos hipertensos e 248 atendimentos aos diabéticos, o que ratifica a alta demanda dessas comorbidades na comunidade assistida.

Em relação ao quadro de hipertensão e diabetes ficou evidente que os principais fatores que contribuem para o diagnóstico destas comorbidades são o envelhecimento populacional, sedentarismo, obesidade e dieta inadequada. Por ser uma localidade de vulnerabilidade socioeconômica, a maioria dos pacientes possuem uma dieta desregulada e desbalanceada, rica em alimentos industrializados e pobre em frutas e verduras.

Com a Pandemia do COVID-19 e as recomendações de isolamento social o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) foi fragilizado, na UBS Industrial Americano, esse impacto foi maior no enfraquecimento das ações de atividades coletivas e na potencialização do costume da renovação de receitas sem avaliação médica, o que comprometeu a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Em decorrência disso, muitos pacientes portadores DCNT, como hipertensão e diabetes, tiveram sua doença de base descompensada e com grande resistência a participação de ações de prevenção e promoção de saúde, que são a essência da APS.

1.9. SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO:

Dessa forma, tendo em vista a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes na UBS Industrial Americano e o contexto de fragilidade ao acesso à APS percebe-se a necessidade de promover estratégias de adesão ao

tratamento, educação em saúde e promoção do autocuidado, considerando à APS e o seu papel estratégico na efetivação do acesso integral à saúde da população assistida.

2 JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade. Dentre estas, a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) apresentam grande impacto para a saúde pública, configurando como motivos de alta demanda por consultas na atenção primária. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde referentes ao Brasil, o estudo do ano de 2019 dá conta de que mais de 1 milhão de pessoas morreram por complicações da hipertensão, ao todo, 1.372 mil de vidas foram perdidas. A prevalência de hipertensão padronizada por idade, entre adultos de 30 a 79 anos, era de 48% dos homens e 42% das mulheres (OMS, 2023).

A hipertensão arterial resulta em impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos em decorrência das complicações nos órgãos-alvo, como o coração- doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita; cérebro- acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, demência; rins- doença renal crônica e sistema arterial- doença arterial obstrutiva periférica (BARROSO et al., 2021).

Em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil que teve como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso dos usuários aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e o vínculo entre a população e a equipe de saúde (BRASIL, 2023).

O programa visava implementar um novo modelo de financiamento federal destinado ao cuidado da APS que se baseia na avaliação de indicadores gerados pelo sistema e-SUS APS e pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Foram estabelecidos sete indicadores para, compreendendo as ações de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (BARROSO et al., 2021).

Os indicadores 6 e 7 correspondem respectivamente à proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e à proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no

semestre, ambos indicadores com meta de cobertura de 50%. Neste contexto, a procura da população portadora de diabetes e hipertensão por atendimento é frequente na UBS Industrial Americano, contudo, a maioria dos pacientes deseja apenas a receita dos medicamentos, busca avaliação médica quando sintomáticos ou na presença já de complicações, como pé diabético e baixa acuidade visual, o que contribuiu para baixa cobertura dos indicadores 6 e 7. No primeiro quadrimestre de 2024 a cobertura para estes indicadores na UBS Industrial Americano foi de 34%, o que reafirma a necessidade da adoção de estratégias que fomentam a adesão ao tratamento (BARROSO et al., 2021).

Além disso, percebe-se reduzida participação dos usuários nos grupos de educação em saúde, desenvolvidos tanto pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto pela equipe multiprofissional. O uso irregular das medicações, falta de adesão ao tratamento, polifarmácia e sedentarismo são outros fatores preocupantes identificados nos atendimentos. A falta de adesão ao tratamento tem como principal consequência a falta de controle da HA e, portanto, o aumento de Lesões em Órgãos-Alvo e da morbimortalidade cardiovascular. Essas consequências, por sua vez, têm grande impacto econômico, devido a maiores gastos de atendimentos de saúde e aposentadorias precoces. Por isso, a adoção de estratégias com o objetivo de promover uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, seja de forma isolada ou em conjunto (BARROSO et al., 2021).

O paciente portador do diabetes tipo 2 e que não segue o tratamento corretamente pode sofrer diversas complicações tais como infecções, nefropatia diabética, retinopatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético e até mesmo infarto do miocárdio e acidente vascular, levando a internações com o comprometimento de sua qualidade de vida e consequente gastos aos sistemas de saúde (CARMO, 2021).

Nesse contexto, de alta prevalência na UBS Industrial Americano de pacientes hipertensos e diabéticos, com baixa participação nos grupos educativos, uso irregular das medicações, sedentarismo, obesidade e dieta inadequada, fatores que contribuem para não adesão ao tratamento com impacto negativo na evolução dessas enfermidades e redução da expectativa de vida. Dessa forma, é preciso desenvolver um projeto de intervenção junto à comunidade para sensibilizar os pacientes em relação à importância do tratamento e adesão, por meio de uma abordagem holística e respeitosa, com espaços de educação em saúde, que estimulem o empoderamento do paciente em relação a sua comorbidade, autocuidado e controle dos fatores de

risco. Tais medidas contribuirão, de forma significativa, para o aumento da cobertura dos indicadores do Previne Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

Elaborar um projeto de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados, a ser executado na Unidade Básica de Saúde Industrial Americano, no município de Santa Luzia, Minas Gerais, promovendo aumento da adesão destes pacientes ao tratamento.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar revisão de literatura sobre diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Identificar na população alvo, fatores de risco que condicionam o DM e a HAS comuns à comunidade local;
- Promover educação continuada para equipe para a abordagem destes pacientes, com construção de planejamento e metas a serem alcançadas no grupo trabalhado;
- Realizar sala de espera diária com enfoque no DM e na HAS, compartilhando conhecimento aos pacientes sobre os fatores de risco, doenças associadas e complicações na falta de tratamento adequado destas comorbidades. Além de explicar sobre o fluxo de atendimento na unidade básica de saúde e convite a participação no grupo destinados à estes pacientes;
- Criar um grupo operativo para pacientes hipertensos e diabéticos, com atuação multidisciplinar, para realização de trocas de receitas, com a finalidade de realizar rodas de conversas educativas, solicitar exames quando identificado a necessidade, como solicitação de hemoglobina glicada, realizar revisão das medicações de uso contínuo e avaliar uso adequado, além de deixar retorno programado para consulta de seguimento.

4 METODOLOGIAS

Para a revisão de literatura, o objetivo é analisar a relação entre Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com foco nos fatores de risco, intervenções e impactos na saúde. Serão utilizadas as palavras-chave: hipertensão, diabetes mellitus, diabetes mellitus tipo 2 e assistência integral à saúde, que também guiarão a discussão deste trabalho.

A busca será realizada nas bases de dados MedLine e PubMed, priorizando artigos e revisões publicados entre 2019 e 2024, em português e em inglês. As informações coletadas serão organizadas em categorias, como fatores de risco, mecanismos fisiopatológicos e impacto no tratamento. Em seguida, será elaborado um resumo dos achados, destacando as concordâncias e divergências na literatura, bem como as lacunas de pesquisa e as implicações clínicas.

Os resultados serão interpretados e discutidos, enfatizando a relação entre DM e HAS e suas repercussões para a prática clínica e para pesquisas futuras. A médica e a enfermeira da equipe serão responsáveis pela condução dessa revisão e pela disseminação do conhecimento adquirido entre os demais membros da equipe, com um prazo de 60 dias para a conclusão dessa etapa. Esse processo não apenas contribuirá para a educação continuada da equipe, mas também fornecerá subsídios para a escolha de temas a serem abordados nas reuniões e atividades realizadas na sala de espera, conforme definido em encontros anteriores da equipe.

Para a realização deste projeto, foi utilizado o conhecimento do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Industrial Americano. A partir de um diagnóstico situacional, conduzido por meio da técnica de estimativa rápida, foram identificados os principais problemas enfrentados na unidade, incluindo a inadequação no acompanhamento e controle de pacientes hipertensos e diabéticos, a frequência de automedicação, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, a renovação de receitas sem a devida avaliação médica por períodos prolongados e o uso indiscriminado de psicotrópicos, especialmente benzodiazepínicos, sem acompanhamento periódico, comprometendo assim a avaliação clínica dos pacientes. Diante da alta prevalência de hipertensão e diabetes na UBS, a equipe priorizou esses problemas em suas intervenções.

Para identificar os fatores de risco presentes na comunidade, foram realizadas reuniões de equipe e discussões sobre a realidade local. Durante esses encontros, destacaram-se a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo como os principais aspectos a serem abordados no cuidado a esses pacientes. A equipe se dedicou intensamente a essa etapa do projeto, buscando implementar estratégias que promovam o acompanhamento adequado e a adesão ao tratamento, bem como a educação em saúde da comunidade.

As ações propostas visam não apenas a melhoria do controle das condições crônicas, mas também a conscientização sobre a importância de hábitos saudáveis e do seguimento médico regular. Essa abordagem colaborativa e centrada na realidade local será fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes, adaptadas às necessidades da população atendida pela UBS. No que se refere à educação continuada, a médica da equipe será responsável por selecionar uma lista de cursos gratuitos oferecidos pelo Ministério da Saúde, focados nas doenças crônicas abordadas neste trabalho. Os cursos, que poderão ser realizados na modalidade à distância, incluem:

- Envelhecimento da População Brasileira (Agentes de saúde).
- Autocuidado em Saúde e Literacia para Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde (Enfermeira).
- Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária em Saúde (Técnica de enfermagem).
- Ações Estratégicas no Cuidado à Pessoa Idosa na Atenção Primária (Médica)
- Coordenação do Cuidado: Desafio do Paciente Certo, no Lugar Certo e o Profissional Certo (Gerente da UBS).
- Envelhecimento Saudável e Prevenção de Doenças Através das Vacinas (Técnica de enfermagem/ Agentes de saúde).

Mensalmente, um membro da equipe compartilhará um resumo sobre o curso que está realizando, disseminando o conhecimento adquirido entre todos os integrantes. Essa iniciativa visa preparar a equipe para a realização de atividades na sala de espera e capacitar os profissionais para a busca ativa e acolhimento dos pacientes que participarão do grupo operativo. Com isso, espera-se promover um ambiente de aprendizado contínuo, fortalecendo as competências da equipe e melhorando a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

A sala de espera é um espaço que acolhe uma diversidade de usuários, provenientes de diferentes classes sociais, culturais e faixas etárias. Cada indivíduo traz consigo uma variedade de vivências, demandas e expectativas. Nesse contexto, os usuários frequentemente permanecem ociosos, o que favorece a interação entre eles, transformando o ambiente em um espaço propício à troca de experiências, angústias e reclamações. Assim, busca-se promover atividades na sala de espera que estimulem a interação entre o conhecimento popular e os saberes dos profissionais de saúde, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Essa abordagem visa fortalecer o acolhimento e a aproximação entre os usuários, o sistema de saúde e os trabalhadores da saúde.

Para garantir a integralidade da ação, todos os membros da equipe, incluindo os da equipe multidisciplinar, estarão envolvidos na seleção, organização e execução das atividades na sala de espera. Será realizada uma reunião com os profissionais de saúde da unidade para destacar a importância da sala de espera como um espaço educativo e de acolhimento. Em conjunto com a equipe, será proposta uma lista de temas relevantes a serem abordados nas atividades, alinhados às necessidades da comunidade, conforme discussão prévia da revisão de literatura e dos cursos realizados por cada profissional. As atividades ocorrerão durante o turno da manhã, quando há maior concentração de usuários na unidade. Um membro da equipe será designado para organizar o espaço e garantir um ambiente acolhedor.

Para a realização das atividades educativas, serão utilizados materiais didáticos como cartilhas, folders, panfletos e cartazes, elaborados conforme os temas selecionados. Os cinco minutos iniciais serão destinados à recepção e acomodação dos participantes, seguidos de uma breve explicação das atividades, que poderão ser iniciadas com uma dinâmica interativa. Os dez minutos seguintes será a atividade educativa, que poderá incluir exposições dialogadas, vídeos e compartilhamento de materiais informativos relacionados ao tema. Os cinco minutos finais serão uma síntese do encontro e da solicitação de feedback dos usuários. Os profissionais de saúde realizarão uma avaliação espontânea oral, que será registrada em um livro de campo com as descrições dos comentários. Além do feedback oral, será utilizado um instrumento visual de satisfação com ícones representando satisfeito, insatisfeito e indiferente, permitindo uma avaliação mais precisa da eficácia das atividades. Essa metodologia transformará a sala de

espera em um local ativo de aprendizado e interação, contribuindo para a melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade atendida. Assim, o espaço não apenas cumprirá sua função inicial, mas se tornará um ambiente dinâmico que promove o cuidado integral e a educação em saúde.

O grupo operativo para hipertensos e diabéticos será realizado quinzenalmente, na quinta-feira, no turno da tarde, durante o horário em que os usuários já estão habituados a comparecer para a troca de receitas. A implementação deste grupo visa não apenas o acompanhamento clínico, mas também a promoção da interação e troca de experiências entre os participantes. O acolhimento inicial dos pacientes será realizado por um agente de saúde, que explicará a dinâmica do encontro, promovendo um ambiente receptivo e acolhedor.

Em seguida, cada paciente terá seus sinais vitais aferidos, a glicemia medida e será pesado pelas técnicas de enfermagem. As receitas dos pacientes também serão recolhidas nesse momento. Após a triagem, os pacientes serão direcionados para uma sala de reunião, onde ocorrerá uma roda de conversa sobre temas previamente selecionados pela equipe. A condução da discussão será feita por um membro da equipe, seguindo uma escala estabelecida mensalmente. Profissionais de saúde convidados poderão participar, enriquecendo a troca de conhecimentos. Durante a roda de conversa, a médica e a enfermeira da equipe analisarão o prontuário de cada paciente, verificando a data da última consulta, a realização dos exames necessários e os dados coletados pelas técnicas de enfermagem.

Com base nessa análise será definido os pacientes que necessitam de acompanhamento adicional que serão agendados para consultas regulares, enquanto os que estão em acompanhamento adequado terão suas receitas renovadas. Exames adicionais serão solicitados conforme necessário.: Ao final da roda de conversa, os pacientes receberão papel e caneta para registrar sugestões de temas para futuras reuniões. Para aqueles que não sabem ler ou escrever, um membro da equipe será designado para anotar suas sugestões verbalmente. Será solicitada aos usuários uma avaliação espontânea oral, que será registrada em um livro de campo com a descrição dos comentários. Além disso, será utilizado um instrumento de satisfação visual, com ícones representando satisfeito, insatisfeito e indiferente, permitindo uma avaliação mais precisa da eficácia do grupo.

Com uma média estimada de 20 pacientes por encontro, com base nas renovações de receita dos últimos seis meses, o grupo está previsto para iniciar

em junho de 2025. Essa abordagem integrativa não apenas facilitará o acompanhamento das condições crônicas dos participantes, mas também promoverá um espaço de aprendizado coletivo e fortalecimento dos laços comunitários, contribuindo para a melhoria da saúde e do bem-estar dos usuários.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estratégia Saúde da Família: A partir da Constituição de 1988, o direito à saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, devendo ser integral e garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de incluir a participação da sociedade nos processos deliberativos (BRASIL, 2016). Essa Constituição estabeleceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamentou nos princípios da universalidade, integralidade e participação social (FERREIRA; FERREIRA, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais (RODRIGUES; SOUSA, 2023), tendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolidou, a partir dos anos 2000, como a principal política da APS no país, fortemente ancorada nos atributos essenciais e derivados e nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Um dos atributos da APS é ser o serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema. Um requisito para cumprir este atributo e proporcionar longitudinalidade é que a UBS se constitua na fonte usual de cuidado (GIOVANELLA et al., 2021).

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017). Dessa forma, as UBS configuram espaços de referência para a comunidade assistida, garantindo a coordenação do cuidado, resolutividade e atenção integral à saúde do indivíduo.

Em concordância com (BRASIL, 2017) é preconizado que as UBS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos doze meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. A vinculação do usuário a uma equipe é realizada por meio do georreferenciamento a um serviço de saúde, utilizando-se como parâmetro prioritário o endereço de moradia.

Dessa forma, permitem-se o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território (RODRIGUES; SOUSA, 2023).

Recomenda-se que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. A equipe deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (BRASIL, 2017).

A APS conta também com Equipes Multiprofissionais (eMulti), compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais, que buscam complementar e integrar às outras equipes. Conforme a Portaria GM/MS N 635, de 22 de maio de 2023 houve aumento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais; foram incluídas novas especialidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia) na possibilidade de composição das equipes; acrescentou-se o arranjo de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de trabalho; e ampliou-se a carga horária dessas equipes, a fim de conformar equipes mais robustas para o fortalecimento da APS e do SUS (BRASIL, 2023).

No contexto do Programa Previne Brasil, estabelecido pelo Ministério da Saúde, são utilizados indicadores de desempenho para medir a efetividade da Atenção Primária à Saúde. Esses indicadores incluem a proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal realizadas, cobertura de exames citopatológicos, cobertura vacinal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, e a realização de atendimentos de saúde bucal. A integração desses indicadores com a eSF reforça a importância da APS no monitoramento contínuo e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, assegurando a adesão aos princípios do SUS e a melhora dos resultados em saúde da população. O Brasil tem cobertura média de 68% da população com cuidados em uma eSF, com cerca de 50.804 equipes de Saúde da Família, 36.590 UBS e 278.209 ACS vinculados.

Nos territórios em que a APS opera de forma eficiente, ainda podem existir fatores que impactam negativamente a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços, como longas filas, falta de agendamento facilitado, tempo de espera prolongado, comunicação inadequada, ausência de abordagens centradas no paciente, entre outros. A consequência disso é que muitas cidades brasileiras precisam lidar com a baixa adesão dos cidadãos a estratégias de cuidados e a programas preventivos e com um maior distanciamento entre os profissionais de saúde e a comunidade, essenciais para o bom funcionamento da APS (IEPS, 2024).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (SAÚDE, 2008). Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT (SAÚDE, 2021b), vitimam mais de 700.000 pessoas por ano no país e cerca de 50% da população possuía ao menos uma DCNT diagnosticada em 2019. Trata-se de um grave cenário para a saúde pública e para o desenvolvimento econômico e social brasileiro (CGDANT, 2023).

O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, sobretudo para o conjunto dos quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes). Além das mortes prematuras (30 a 69 anos), o consumo desses produtos eleva os riscos de doenças e incapacidades, resultando em perdas de produtividade, despesas evitáveis de cuidado com saúde, empobrecimento das famílias, além de dor e sofrimento (CGDANT, 2023).

Abordar os principais fatores de risco, uso de tabaco, dieta pouco saudável, uso prejudicial de álcool, inatividade física e poluição do ar, pode prevenir ou retardar problemas de saúde significativos e um grande número de mortes por muitas DNTs. Também são essenciais a detecção precoce e o bom gerenciamento da doença (OMS, 2023).

Os indicadores do Programa Previne Brasil incluem a proporção de hipertensos com pressão arterial aferida em consultas, a proporção de diabéticos com hemoglobina glicada solicitada, além de acompanhamento e adesão ao tratamento desses pacientes. Esses indicadores são fundamentais para o monitoramento e a

melhoria da qualidade do cuidado prestado às pessoas com DCNT, alinhando-se aos esforços de detecção precoce e gerenciamento efetivo da doença (BRASIL, 2023).

Hipertensão Arterial Sistêmica: A Hipertensão Arterial (HA) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da Pressão Arterial (PA), ou seja, PA Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para Doenças Cardiovasculares (DCV), Doença Renal Crônica (DRC) e morte prematura (BRASIL, 2023).

No período de uma década (2008 a 2017), foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis à HA no Brasil, configurando como um importante problema de saúde pública no país. Em termos de custos ao SUS, a HA tem custos atribuíveis maiores do que os da obesidade e do DM (BARROSO et al., 2021).

Em 2018, estimaram-se gastos de US\$ 523,7 milhões no SUS, com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos. Ainda, segundo (BARROSO et al., 2021) reduzir a prevalência de hipertensão arterial constitui uma das metas globais da Organização Mundial da Saúde no plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, o que representa um grande desafio, dado o envelhecimento populacional e as dificuldades no controle dos fatores de risco. Para abordar esses desafios, os indicadores do Previne Brasil são essenciais. Eles incluem a cobertura de hipertensão, que avalia o percentual de pacientes hipertensos cadastrados nas unidades de saúde, permitindo identificar áreas que necessitam de mais atenção e intervenção. O acompanhamento do tratamento mede a proporção de pacientes que realizam acompanhamento regular da pressão arterial, essencial para garantir a adesão e eficácia das terapias. No primeiro quadrimestre de 2024 a UBS Industrial Americano teve uma cobertura de 34% de pacientes hipertensos cadastrados com pressão arterial aferida, estando abaixo da meta estipulada pelo Previne Brasil de pelo menos 50% de cobertura.

Este mesmo autor (BARROSO et al., 2021) expõe que com o avanço da idade, a Pressão Arterial Sistólica (PAS) se torna um problema mais significativo devido ao

enrijecimento progressivo e à perda de complacência das grandes artérias. Estima-se que aproximadamente 65% da população com mais de 60 anos apresenta hipertensão arterial (HA). É de destaque relevante que o Brasil está atravessando uma transição epidemiológica, com um aumento projetado no número de idosos (com 60 anos ou mais) nas próximas décadas, o que acarretará um crescimento específico na prevalência de HA e suas complicações. Além disso, estudos associam a obesidade e a obesidade abdominal ao aumento do risco de desenvolvimento de HA, enquanto a perda de peso está relacionada à redução da pressão arterial, tanto em pessoas normotensas quanto hipertensas. Portanto, manter um peso saudável dentro da faixa normal do índice de massa corporal (IMC) é uma recomendação importante para a prevenção primária da HA. As ações de promoção da saúde, que fazem parte dos indicadores do Previne Brasil, buscam aumentar a conscientização sobre a importância do controle de peso e hábitos saudáveis. Por fim, o consumo excessivo de sódio é identificado como um dos principais fatores de risco que podem ser modificados para prevenir e controlar tanto a hipertensão arterial quanto as doenças cardiovasculares (DCV), sendo aconselhável limitar a ingestão de transtorno a cerca de 2 g por dia, o que equivale a cerca de 5 g de sal na alimentação diária da população em geral (BARROSO et al., 2021).

Abordar o tabagismo é de suma importância, pois, independentemente do seu impacto na pressão arterial, ele constitui o único fator de risco completamente evitável associado a doenças e mortes cardiovasculares, o que justifica sua atenção. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias recomendadas para controlar o tabagismo incluem a prevenção da experimentação de cigarros entre jovens, uma vez que essa experiência aumenta em mais de 50% a probabilidade de se tornarem dependentes. Além disso, a aplicação de leis antifumo, que proíbe a venda de produtos de tabaco para menores, assim como outras iniciativas direcionadas a esse grupo, são essenciais. Embora o combate ao tabagismo seja desafiador devido às dependências químicas e psicológicas que ele provoca, os benefícios da cessação não que dizem respeito à mortalidade por doenças cardiovasculares podem ser percebidos em um curto período. A proteção contra a exposição ao fumo passivo também se revela significativa, uma vez que esta exposição implica riscos elevados (BARROSO et al., 2021).

Baixa renda, contexto familiar, relação com o serviço de saúde, cronicidade, falta de sintomatologia, o uso de dois ou mais anti-hipertensivos, eventos adversos do

medicamento, dificuldades para ler a embalagem, abri-la e tomá-la todos os dias; assim como o inadequado acesso aos medicamentos são fatores que contribuem para a baixa adesão a esse tipo de tratamento (ALBUQUERQUE; BORGES; RODRIGUES, 2024).

Segundo, (JÚNIOR, 2023) um número considerável de pacientes hipertensos permanece sem diagnóstico. Para abordar essa questão, é fundamental incentivar estratégias de medidas oportunísticas, especialmente em populações vulneráveis. Essas estratégias podem ser implementadas durante campanhas de vacinação, consultas com outros especialistas e visitas às Unidades de Saúde. É fundamental que haja aproximação de entidades científicas médicas, das diferentes áreas da saúde, de agentes públicos e da comunidade para discutir e estabelecer estratégias de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão. A educação dos pacientes e auto-monitoramento da pressão arterial contribui para diminuir a inércia terapêutica. Pacientes mais esclarecidos cobram do sistema de saúde uma atenção mais efetiva. Em torno de um em cada três (1:3) pacientes diagnosticados com hipertensão não retornam para dar seguimento ao seu tratamento após a primeira orientação. Estratégias de busca ativa desses pacientes devem ser implementadas. O apoio de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, tecnicamente bem capacitada e atualizada, contribui de forma importante para o melhor controle e acompanhamento destes pacientes (JÚNIOR, 2023).

Os indicadores do Previner Brasil também incluem a intervenção em populações vulneráveis, que avalia o percentual de diagnósticos realizados em campanhas de saúde direcionadas a grupos de risco, bem como o monitoramento de resultados, que mede a taxa de controle da hipertensão entre os pacientes em tratamento. Esses indicadores são fundamentais para mensurar a eficácia das ações de saúde pública e aprimorar as estratégias de combate à hipertensão arterial no Brasil.

Diabetes mellitus: O Diabetes Mellitus (DM) é uma grave doença sistêmica cuja incidência vem aumentando em paralelo ao aumento nos índices de obesidade da população mundial. Uma perspectiva sombria é estimada para o ano de 2040, quando se acredita que haverá 642 milhões de diabéticos no mundo, o que equivale a dizer que 10% de toda população do planeta será diabética (FERREIRA, 2019).

Esse aumento é alarmante e exige ações eficazes de saúde pública. A classificação do DM permite o tratamento adequado e a definição de estratégias de rastreamento de comorbidades e complicações crônicas. Pode ser classificado em o

Diabetes tipo 1 (DM1), o Diabetes tipo 2 (DM2), o Diabetes Gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes . (RODACKI; GABBAY MILENA TELES; LAMOUNIER, 2023) O diagnóstico de DM deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia, para isto, podem ser usados a Glicemia Plasmática de Jejum (GJ), que deve ser maior ou igual a 126 mg/dl, o Teste de Tolerância à Glicose por via Oral (TTGO), a glicemia no TTGO-1h maior ou igual a 209 mg/dl ou a glicemia no TTGO- 2h maior ou igual a 200 mg/dl e a Hemoglobina glicada (HbA1c), maior ou igual 6,5%. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação (RODACKI et al., 2024).

O DM2 é o tipo mais comum e está frequentemente associado à obesidade e ao envelhecimento, apresenta-se de forma insidiosa e é caracterizado por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. Apresenta frequentemente características clínicas associadas à resistência à insulina, como acantose nigricans e hipertrigliceridemia (RODACKI; GABBAY MILENA TELES; LAMOUNIER, 2023).

O tratamento do DM2 evoluiu de uma visão focada no controle da glicemia para uma abordagem ampla, abrangendo proteção cardiorrenal, controle da obesidade e intensificação oportuna do controle glicêmico, buscando reduzir complicações a longo prazo. O controle glicêmico é essencial para a prevenção de complicações micro e macrovasculares relacionadas ao diabetes (LYRA et al., 2024).

De acordo com o estudo UKPDS, cada 1% de redução na HbA1c leva a uma redução de risco de 14% de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de 12% em Acidentes Vasculares Cerebrais fatais e não fatais (AVC) (UKPDS, 1998).

Esses dados ressaltam a importância do controle glicêmico rigoroso. Outro ponto importante para o tratamento do DM2 é o foco no controle do peso corporal. A obesidade está associada a piores desfechos relacionados ao diabetes, à piora do controle glicêmico e à maior mortalidade. Por outro lado, a redução do peso corporal em pessoas obesas ou com sobrepeso está associada à melhora do controle glicêmico, aumenta a chance de remissão do DM2 e reduz a incidência de complicações microvasculares. A redução do excesso de A redução do excesso de peso deve, portanto, ser um objetivo permanente em todas as fases do tratamento do DM2. Abordagens não farmacológicas, como intervenção nutricional com foco no controle do peso, exercícios físicos, diminuição do tempo sentado, melhora da duração do sono, cessação do tabagismo e controle do estresse são recomendadas

durante todas as fases do tratamento no DM2 para melhorar o controle glicêmico (LYRA et al., 2024).

Em relação as metas de tratamento é recomendado que idosos com DM, função cognitiva e status funcional preservados e/ou comorbidades não limitantes tenham alvos de HbA1c entre 7,0 e 7,5%. Já para idosos com DM, com objetivo de evitar hipoglicemia, uma meta de HbA1c < 8,0% deve ser considerada quando houver status funcional comprometido, síndrome de fragilidade, presença de comorbidades que limitem a expectativa de vida e/ou alteração da função cognitiva. É recomendada a meta de HbA1c < 7,0% para todos os indivíduos com diabetes, para prevenção de complicações microvasculares e complicações macrovasculares em longo prazo, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes (PITITTO et al., 2023).

A terapia nutricional é uma das partes mais desafiadoras do tratamento do DM2, com impacto decisivo na obtenção e na manutenção do controle glicêmico. A adesão à terapia nutricional é essencial e deve ser monitorada continuamente. Independente do tempo de diagnóstico da doença, a terapia nutricional deve fazer parte do tratamento do diabetes em todas as suas fases de tratamento. O manejo nutricional, além da prescrição alimentar, deve também avaliar a parte comportamental, colocando o indivíduo no centro do cuidado, considerando sempre a disposição, as limitações e os recursos do paciente, procurando adaptar as recomendações às preferências pessoais, em uma tomada de decisão conjunta. Não existe uma estratégia alimentar universal para prevenir ou retardar o início do DM2. Incentivar a perda de peso estruturada em um plano alimentar saudável, com redução de calorias, redução de gorduras saturadas e aumento da ingestão de fibras, associado à prática de atividade física é essencial. A adoção de um padrão de alimentação saudável leva em conta as preferências individuais, permitindo, assim, a adesão ao tratamento nutricional a longo prazo (RAMOS et al., 2023).

A atividade física é definida como qualquer movimento produzido pelo músculo esquelético que requeira gasto energético. O exercício físico é uma forma específica de atividade física estruturada com determinação do tipo, intensidade, duração e frequência, com o objetivo de melhorar o condicionamento físico e a saúde. A promoção de exercícios regulares deve ser incentivada como parte da rotina de cuidados. Para os indivíduos com diabetes mellitus, o exercício físico adequadamente orientado e praticado proporciona benefícios significativos, constituindo ferramenta imprescindível para o manejo metabólico. A individualização do plano de exercício é

fundamental para o sucesso terapêutico, embora algumas recomendações gerais devam ser consideradas. Avaliar o risco cardiovascular do indivíduo com DM2 que vai iniciar exercício é fundamental para a segurança e prevenção de eventos adversos (PITITTO et al., 2023).

Para enfrentar o aumento da prevalência do Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações, os indicadores do Previne Brasil são essenciais, conforme já abordado ao longo deste capítulo. Esses indicadores incluem a Cobertura de Diabetes, que se refere ao percentual de pacientes diabéticos cadastrados nas unidades de saúde, fundamental para identificar áreas que precisam de mais atenção. Também é importante o Acompanhamento do Tratamento, que envolve a proporção de pacientes diabéticos que realizam acompanhamento regular da glicemia, essencial para a eficácia das terapias. A Promoção da Saúde é outro aspecto relevante, envolvendo o número de ações educativas realizadas sobre prevenção e controle do diabetes, promovendo a conscientização sobre hábitos saudáveis.

Além disso, é fundamental considerar a Intervenção em Populações Vulneráveis, que se refere ao percentual de diagnósticos realizados em campanhas de saúde direcionadas a grupos de risco, garantindo que os mais vulneráveis tenham acesso ao cuidado necessário. Por fim, o Monitoramento de Resultados, que analisa a taxa de controle da glicemia entre os pacientes em tratamento, permite mensurar a eficácia das intervenções realizadas. Esses indicadores são, portanto, cruciais para mensurar a eficácia das ações de saúde pública e aprimorar as estratégias de combate ao Diabetes Mellitus no Brasil, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população afetada.

Educação em saúde: Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento de doenças crônicas é a educação em saúde. Essa abordagem é especialmente relevante quando conectada aos indicadores do Previne Brasil, que visam melhorar a saúde da população. Uma estratégia é a realização de grupos educativos, pautados na abordagem multiprofissional, sendo uma forma de interação entre profissionais e usuários. Esses grupos podem contribuir diretamente para a Cobertura de Diabetes, um dos indicadores do Previne Brasil, ao aumentar o percentual de pacientes diabéticos cadastrados nas unidades de saúde. Ao permitir que os participantes reflitam e exponham sua realidade, observem os problemas mais comuns entre eles, troquem experiências e proponham mudanças de hábitos, esses grupos se constituem como um importante espaço de aprendizagem, convivência e

socialização. Pode se constituir como importante ferramenta para inserção social e manutenção da saúde dos usuários refletindo em melhor qualidade de vida, repercutindo também nas famílias, amigos, trabalho e na sociedade como um todo (ROSSETTO; GRAHL, 2021).

Os grupos voltados para a educação em saúde funcionam como estratégias eficientes, nos quais se abrem espaços para a escuta das necessidades das pessoas e para a sua informação. Essa dinâmica é essencial para o Acompanhamento do Tratamento, que se refere à proporção de pacientes diabéticos que realizam acompanhamento regular da glicemia. Os grupos permitem que todos possam falar sobre seus problemas e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circula, da experiência técnica à vivência prática de cada indivíduo (JÚNIOR et al., 2023).

A dinâmica de Grupos Operativos consiste numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. Esse método também pode impactar positivamente a Promoção da Saúde, um dos indicadores do Previnde Brasil, ao aumentar o número de ações educativas realizadas sobre prevenção e controle do diabetes. A existência de um objetivo comum supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo. Essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Assim, a aplicação do termo operativo significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação.

A educação em saúde para grupos de portadores de doenças crônicas aumenta a conscientização sobre a doença, o número de indivíduos diagnosticados e em tratamento. Esse fenômeno pode ser observado no indicador de Intervenção em Populações Vulneráveis (Previnde Brasil), que mede o percentual de diagnósticos realizados em campanhas de saúde direcionadas a grupos de risco. Consequentemente, possibilita melhor controle da doença e até diminuição das complicações (TORRES; MONTEIRO, 2006).

A técnica dos grupos operativos se destaca por ser uma ferramenta de incorporação do saber caracterizada pela didática horizontal, que torna o indivíduo um agente ativo e responsável de mudança de hábitos. Esse aspecto está alinhado com o Monitoramento de Resultados, que avalia a taxa de controle da glicemia entre os pacientes em tratamento. Sua grande vantagem em relação às demais é a proposta de construção de um conhecimento coletivo, uma aproximação entre os integrantes

(profissional-paciente) que permite a exposição de todas as angústias e necessidades individuais que, conjuntamente, são discutidas e solucionadas com a participação e inclusão ativa de todos. O grupo operativo propõe trazer para as reuniões o espaço doméstico de cada um, proporcionando um fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade e garantindo um acesso mais fácil. Soluções melhores e mais efetivas que atendam às necessidades de todos só podem ser sugeridas e concretizadas quando todos os integrantes da equipe entendem a sua importância individual e coletiva no todo. o que é fundamental para o sucesso das intervenções de saúde promovidas pelo Previne Brasil, contribuindo, cada um, com suas ideias e experiências (MENEZES; AVELINO, 2016).

6 RESULTADOS ESPERADOS

A implementação do projeto de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus visa alcançar resultados que se alinham diretamente com os objetivos do Previner Brasil, que incluem a promoção da saúde, o aumento da cobertura e o acesso aos serviços de saúde, além de garantir a qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Espera-se um aumento na adesão ao tratamento, refletindo um número significativo de pacientes que seguirão corretamente as orientações médicas. Além disso, espera-se uma melhora nos indicadores de saúde, com a redução dos níveis de glicemia e pressão arterial, evidenciada por medições regulares e exames laboratoriais. Dessa forma, o projeto não apenas foca no acompanhamento das condições de saúde dos pacientes, mas também contribui para as metas mais amplas de saúde pública estabelecidas pelo Previner Brasil.

A revisão de literatura irá compilar intervenções e tratamentos eficazes para o manejo do Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), focando em práticas baseadas em evidências. Espera-se fornecer recomendações práticas para a atenção à saúde, alinhadas aos objetivos do Previner Brasil. Essas ações visam melhorar a abordagem dos profissionais de saúde no cuidado a pacientes com DM e HAS, promovendo a educação continuada e fortalecendo a capacitação em relação a essas condições crônicas.

A capacitação da equipe de saúde resultará em um atendimento mais eficaz e per sinalizado, com maior conhecimento e habilidades na abordagem desses pacientes. Os resultados esperados incluem um ambiente seguro para o compartilhamento de experiências, aumentando a adesão ao tratamento. As rodas de conversa e a troca de receitas permitirão um acompanhamento contínuo, garantindo um monitoramento eficaz das condições de saúde e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. A abordagem interativa nas salas de espera deve incentivar os pacientes a se envolverem ativamente em sua saúde, levando-os a refletir sobre seus hábitos e a importância do tratamento contínuo. Espera-se, também, com o grupo operativo, a otimização do fluxo de atendimento, com um processo claro de retorno programado e acompanhamento regular. Isso deve reduzir complicações associadas, como doenças cardiovasculares e insuficiência renal, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, monitoramento contínuo permitirá avaliar a eficácia do

programa, possibilitando ajustes que visem a melhoria dos resultados e o atendimento das necessidades da comunidade. Esses resultados esperados contribuirão para uma melhoria significativa na qualidade do atendimento e na saúde da comunidade, assegurando um cuidado mais integral e eficaz aos indivíduos portadores dessas doenças crônicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho reflete a realidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) Industrial Americano em Santa Luzia, reconhecendo tanto suas potencialidades quanto suas fragilidades. A criação de um projeto de intervenção que visa aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus apresenta-se como uma oportunidade significativa. Espera-se que a implementação de grupos operativos e salas de espera educativas fomente um ambiente de acolhimento, promovendo a troca de experiências e informações essenciais para o autocuidado.

Entretanto, é fundamental destacar as fragilidades do projeto. Um dos principais desafios é a resistência dos pacientes às mudanças de comportamento, frequentemente influenciada pela automedicação e desinformação. Além disso, a escassez de recursos e a dificuldade em mobilizar a comunidade podem comprometer a efetividade das ações propostas. Caso a adesão aos grupos operativos ou a participação nas salas de espera seja baixa, estratégias alternativas poderão ser necessárias. Isso pode incluir campanhas de sensibilização mais intensivas e parcerias com organizações locais para aumentar o engajamento.

Criticamente, o trabalho se destaca pela ênfase na educação continuada da equipe de saúde, um aspecto fundamental para melhorar a qualidade do atendimento. A capacitação contínua dos profissionais deve resultar em uma prática mais informada e acolhedora, essencial para a eficácia das salas de espera e do grupo operativo. Contudo, a falta de recursos e tempo para formação pode limitar a implementação desta estratégia. Assim, é vital garantir o comprometimento institucional para a formação contínua da equipe.

A promoção de uma cultura de saúde que valorize o autocuidado e a participação ativa dos pacientes é crucial para o sucesso do projeto. Além de buscar mitigar as consequências das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o objetivo é empoderar os pacientes, incentivando mudanças de comportamento e um maior envolvimento com suas condições de saúde. A educação em saúde deve estimular a comunidade a refletir sobre hábitos e a importância do controle das doenças, atendendo às necessidades dos indivíduos e de suas famílias.

Portanto, o sucesso deste projeto será medido não apenas pela adesão ao tratamento, mas pela capacidade de transformar a relação dos pacientes com suas

condições de saúde. Com uma abordagem integrada e colaborativa, espera-se promover não apenas a saúde individual, mas também o bem-estar coletivo na comunidade de Santa Luzia. Essas ações contribuirão para um cuidado mais integral e eficaz, beneficiando a população que convive com hipertensão e diabetes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. R. d.; BORGES, J. W. P.; RODRIGUES, M. T. P. Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde. *Cad. Saúde. Colet.* 32 (1) . 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202432010393>>. Acesso em: 22/08/2024. Citado na página 18.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021. v. 116. 516-658 p. ISBN 0066-782X. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 17 e 18.

BRASIL, C. . Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República. 2016. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06/08/2024. Citado na página 15.

BRASIL, M. d. S. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 06/08/2024. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

BRASIL, M. d. S. PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html>. Acesso em: 08/08/2024. Citado 3 vezes nas páginas 13, 16 e 17.

CARMO, V. C. d. Fatores Associados À Não Adesão Medicamentosa De Pacientes Portadores Do Diabetes Tipo 2. 2021. Disponível em: <<https://bdta.abcd.usp.br/>>

directbitstream/8e69d2d1-01ad-4319-8e23-a656cace4374/3071127.pdf>. Acesso em: 18/07/2024. Citado na página 14.

CGDANT, C. G. d. V. d. D. e. A. n. T. NOTA TÉCNICA Nº 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS. Processo nº 25000.057846/2022-66. 2023. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgdant-daent-svsa-ms>. Acesso em: 15/08/2024. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

DANTAS, M. C. d. M.; ANDRADE, V. L. d. A ÉTICA PATRIMONIAL NO AMBITO DA DEMOCRACIA RELIGIOSA: breves observações culturais sobre o Convento de Macaúbas, município de Santa Luzia – Minas Gerais. 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/4206>. Acesso em: 18/07/2024. Citado na página 8.

DINIZ, A. Santa Luzia, Minha Terra, Sua História, Histórias de Minha Terra. Santa Luzia: [s.n.], 2008. Citado na página 7.

FERREIRA, G. A.; FERREIRA, C. A. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. Rio Grande do Sul: Revista Direito em Debate, 2023. v. 32. e11861 p. ISBN ISSN 2176-6622. Citado na página 15.

FERREIRA, R. C. Pé diabético. Parte 1: Úlceras e Infecções. Rev Bras Ortop 2020;55(4):389–396. 2019. Disponível em: <DOIhttps://doi.org/10.1055/s-0039-3402462. ISSN0102-3616.> Acesso em: 24/08/2024. Citado na página 19.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2021. v. 26. 2543–2556 p. ISBN https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Citado na página 15.

IBGE, I. B. d. G. e. E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/santa-luzia.htm>. Acesso em: 21 jun. 2024. Citado na página 7.

IEPS, I. d. E. p. P. d. S. Guia de políticas de saúde: implementando sistemas de melhoria da qualidade na atenção primária em saúde / Health policy guide: implementing quality improvement systems in primary health care. Rio de Janeiro; IEPS; 2024. 36 p. 2024.

Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1538001>>. Acesso em: 15/08/2024. Citado na página 16.

JÚNIOR, E. L. European Society of Hypertension Guidelines 2023: Hipertensão arterial - Estamos indo em qual direção? / Europeah direction are we heading?n Society of Hypertension Guidelines 2023: Arterial hypertension - In which direction are we heading? Rev. bras. hipertens ; 30(3): 64-66. ID: biblio-1517262. 2023. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1517262?src=similardocs#:~:text=indo%20em%20q-,European%20Society%20of%20Hypertension%20Guidelines%202023%3A%20Hipertens%C3%A3o%20arterial%20%2D%20Estamos%20indo,Lim a%20J%C3%BAnior%2C%20Emilton.>> Acesso em: 14/10/2024. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.

JÚNIOR, W. S. S. et al. Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2. 2023. Disponível em: <DOI:10.29327/557753.2022-8,ISBN:978-85-5722-906-8>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 22.

LYRA, R. et al. Manejo da terapia antidiabética no DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. Disponível em: <DOI:00.00000/00000000.0000-0,ISBN:000-00-0000-000-0.> Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 20.

MENEZES, K. K. P. d.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad saúde colet

[Internet]. 24(1):124–30. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 23.

OMS, O. M. d. S. Reduzir riscos e detectar precocemente para prevenir e controlar doenças não transmissíveis. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/reducing-risks-and-detecting-early-to-prevent-and-manage-noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 15/08/2024. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 17.

PITITTO, B. d. A. et al. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023. Disponível em: <DOI:10.29327/557753.2022-3,ISBN:978-85-5722-906-8>. Acesso em: 27/08/2024. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.

RAMOS, S. et al. Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2. 2023. Disponível em: <DOI:10.29327/5238993.2023-8,ISBN:978-85-5722-906-8>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 21.

RODACKI, M. et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. Disponível em: <DOI:00.00000/00000.0000-00,ISBN:000-00-0000-000-0>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 19.

RODACKI, M.; GABBAY MILENA TELES, M.; LAMOUNIER, R. Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023. Disponível em: <DOI:10.29327/557753.2022-1,ISBN:978-85-5722-906-8>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 19.

RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. d. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, 2023. v. 47. 242-252 p. ISBN 2358-2898. Citado na página 15.

ROSSETTO, M.; GRAHL, F. Grupos educativos na Atenção Básica à Saúde: revisão integrativa de literatura de 2009 a 2018. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e174101018561. 2021. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18561>.DOI:10.33448/rsd-v10i10.18561>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 22.

SARAIVA, I. A. S. OCUPAÇÃO E EXPANSÃO URBANA NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA MG: um estudo de caso. 2012. Disponível em: <https://bib.pucminas.br/teses/TratInfEspacial_SaraivaI_1.pdf>. Acesso em: 18/07/2024. Citado na página 7.

SAÚDE, M. d. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-21628>>. Acesso em: 15/08/2024. Citado na página 16.

SAÚDE, M. d. Cobertura da Atenção Básica. 2021. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=HulyLUUKw-kYIrmQ4dUIp0HT>>. Acesso em: 05/08/2024. Citado na página 8.

SAÚDE, M. d. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. 2021. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdfISBN978-65-5993-109-5.> Acesso em: 15/08/2024. Citado na página 16.

SCHMIDT, M. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. 2011. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)>. Acesso em: 21 jun. 2024. Citado na página 12.

TORRES, H. d. C.; MONTEIRO, M. R. P. EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE/MG. REME – Rev. Min. Enf.;10(4):402-406. 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-523463>>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 22.

TURISMO, S. M. d. Cultura e. História de Santa Luzia. 2023. Disponível em: <<https://www.santaluzia.mg.gov.br/v2/index.php/cultura/historia-de-santa-luzia/>>

Acesso em: 18/07/2024. Citado na página 8.

UKPDS, U. P. D. S. G. Intensive blood–glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 352:837–53. 1998. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9742976/>>. Acesso em: 27/08/2024. Citado na página 20.