

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

JOÃO BOSCO MÓL JÚNIOR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO
CONTINUADO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RURAL II DE MIRADOURO, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA / MG

2019

JOÃO BOSCO MÓL JÚNIOR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO
CONTINUADO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RURAL II DE MIRADOURO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

JUIZ DE FORA / MG

2019

JOÃO BOSCO MÓL JUNIOR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO
CONTINUADO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA RURAL II DE MIRADOURO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dra. Maria Marta Amâncio Amorim. Orientadora.

Professora Ms. Eulita Maria Barcelos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de abril de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que mais essa concretização profissional se realizasse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fortalecer sem reservas em todos os momentos de minha dedicação profissional.

À minha orientadora Maria Marta Amâncio Amorim, pela atenção, dedicação e sabedoria compartilhada neste trabalho.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas
ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma
humana. Carl Jung.

RESUMO

Sabe-se que a hipertensão e diabetes são patologias de grande dimensão em nosso território brasileiro e um olhar acerca da problemática de intervenção para um tratamento contínuo é uma necessidade básica na atenção primária de saúde. O objetivo deste estudo é desenvolver um projeto de intervenção para ampliar a adesão aos cuidados continuados aos pacientes diabéticos e hipertensos da Estratégia de Saúde da Família Rural II, na Unidade Básica de Saúde José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos, município de Miradouro, Estado de Minas Gerais. A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida onde foram levantados os aspectos gerais da localidade e dos seus serviços de saúde no âmbito rural. Em seguida, foi elaborado as prioridades dos problemas existentes naquela comunidade e posteriormente, desenvolveu-se um plano de intervenção conforme o Planejamento Estratégico Situacional, para ser realizado com a equipe junto à comunidade. Foram seguidos todos os passos preconizados no planejamento: problema prioritário, identificação dos nós críticos e as ações a serem desenvolvidas em âmbito da atenção primária. Para subsidiar a elaboração do referencial teórico foi consultada as bases de dados do Scientific Electronic Library Online e da Biblioteca Virtual em Saúde e publicações do Ministério da Saúde. Esperamos que com a implantação desse planejamento de ação possamos sensibilizar a população rural a ter uma reflexão sobre a importância de se aderir a um tratamento contínuo e principalmente, ter uma vida saudável com melhor qualidade de vida.

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

ABSTRACT

It is known that hypertension and diabetes are large pathologies in our Brazilian territory and a look at the problem of intervention for continuous treatment is a basic need in primary health care. The objective of this study is to develop an intervention project to expand the adherence to continuous care for diabetic and hypertensive patients of the Rural Family Health Strategy II, at the José Gonçalves do Amaral Basic Health Unit and José Paulino dos Santos, municipality of Miradouro, State of Minas Gerais. The general aspects of the locality and its health services in rural areas were raised. Subsequently, the prioritization of the existing problems in that community was elaborated, and an intervention plan was developed to be carried out with the team in the community. The Strategic Situational Planning was used for the purpose of rapid estimation of the priority problem, the critical nodes and the actions that could be developed in the scope of the primary attention. The databases of the Scientific Electronic Library Online and the Virtual Health Library. We hope that through action planning we can offer the rural population a reflection on the importance of adhering to a continuous treatment and, above all, contributing to a higher quality of life in this locality.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Diabetes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PTS	Plano Terapêutico Singular
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Rural II, Unidade Básica de Saúde José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos, município de Miradouro, Estado de Minas Gerais.	16
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” “baixa escolaridade e analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RURAL II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais.	33
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” “Cultura de uso de plantas medicinais”, na população sob responsabilidade da equipe de saúde da Família RURAL II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais	34
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” “Hábitos e estilo de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RURAL II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” “Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família RURAL II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais	37
Quadro 6 – Identificação dos recursos críticos na população sob responsabilidade da equipe de saúde da Família RURAL II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família do Rural II	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rural II	14
1.7 O dia a dia da equipe Rural II	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Atenção Primária à Saúde	24
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	24
5.4 Diabetes mellitus	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
1 INTRODUÇÃO	

1.1 Aspectos gerais do município

Miradouro é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com população estimada de 10.721 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

O município foi criado em 17 de dezembro de 1938, com a denominação de Glória. Em 31 de dezembro de 1943, passou a ser denominado Miradouro. A cidade está localizada na Zona da Mata Mineira, à margem da rodovia BR-116, mais conhecida como Rio-Bahia. O município faz divisa com: Muriaé (de onde foi desmembrado em 1938), Vieiras (que foi seu distrito, alcançando a emancipação em 1953), Ervália, São Francisco do Glória e Fervedouro. É composta por quatro distritos rurais: Varginha, Serrania, Monte Alverne e Santa Bárbara. É cortado pelo Rio Glória, que deu o primeiro nome à cidade (IBGE, 2016).

A cidade teve um crescimento no êxodo rural, onde sua população desenvolve atividades laborativas na esfera de plantio e cultivo de variados produtos, como café, morango, milho, cana de açúcar e hortaliças. Também há investimentos na produção de leite, além da bovinocultura e suinocultura. É feriado municipal no dia 22 de maio, dia da padroeira da cidade, Santa Rita de Cássia. Miradouro possui uma tradição pelas festas agropecuárias e rodeios que ocorrem geralmente todos os anos, no mês de agosto.

1.2 Aspectos da comunidade

Como nossa ênfase nesse projeto é na área de abrangência do Rural II, apresentaremos os aspectos da comunidade dos dois distritos que a Unidade Rural II abrange, sendo estes Monte Alverne e Santa Bárbara.

O distrito rural de Monte Alverne está situado aproximadamente a 25 km da zona urbana de Miradouro. Sua população estima-se aproximadamente 900 habitantes. Embora tenha ocorrido um desenvolvimento comercial em sua localidade com a inauguração de duas mercearias de porte médio, sua concentração de maior êxodo

na economia ainda é a rural. Isto se dá por meio do plantio e cultivo do café, comercializado para diversas cidades do Brasil.

A religiosidade é característica marcante de Monte Alverne e sua população anualmente no mês de maio realiza o jubileu do Senhor Bom Jesus de Matozinhos, atraindo diversos devotos da região. O distrito ainda conta com uma escola municipal que contempla aulas do pré-escolar até ao ensino fundamental.

O distrito rural de Santa Bárbara está situado acerca de 12 km da zona urbana de Miradouro. Sua população estima-se em aproximadamente 500 habitantes. A economia dos habitantes é voltada ao trabalho rural e concentra-se no cultivo de café. A religiosidade é também característica marcante de Santa Bárbara, destacando-se com um crescimento da população evangélica em dada localidade, com predominância da Igreja Maranata.

Ambos distritos rurais possuem grande taxa de analfabetismo. Há a presença em cada localidade de uma escola municipal que oferta ensino desde os anos iniciais (pré-escolar) até o ensino fundamental (9º ano). Inclusive, devido à grande distância entre zona rural à zona urbana, muitos jovens abandonam em idade precoce os estudos e dedicam-se a atividade laborativa rural.

Não há nos distritos a presença de creches ou associações. Possuem em ambos, uma rede de esgoto e semanalmente, há a coleta de lixo.

1.3 O sistema municipal de saúde

O Sistema Municipal de Saúde de Miradouro possui como gestora da Secretaria de Saúde, uma enfermeira. A mesma possui vínculo exclusivo com a gestão municipal e com frequência, realiza reuniões com a equipe de trabalho.

Na zona urbana, a cidade conta com duas estruturas físicas de Unidade Básica de Saúde (UBS), além de um Pronto Atendimento (PA). Nestas, há presença de três equipes nomeadas respectivamente de Urbano I, Urbano II e Urbano III. Já na zona rural, esta divisão se deu pelos dois distritos por Unidade, ou seja, o Rural I que

contempla a localidade de Varginha e Serrania e o Rural II que abarca os distritos de Monte Alverne e Santa Bárbara, sendo estes últimos já mencionados neste trabalho. Nestas equipes, há a presença atuante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais das diversas áreas da saúde que atuam na área urbana e rural. Ainda há profissionais de odontologia responsáveis por atender semanalmente as equipes.

Há uma Farmácia Popular no centro da cidade, a qual oferta uma diversidade de medicamentos à população.

1.4 Unidade Básica de Saúde

No distrito rural de Monte Alverne a UBS José Gonçalves do Amaral é situada próxima à Igreja Católica, com sede própria. Seu espaço externo e interno são amplos, contemplando um ambiente de comodidade à população. As salas são grandes e há espaços para reuniões tanto com a equipe de trabalho quanto com a população. Nota-se que há poucos móveis e equipamentos.

No distrito rural de Santa Bárbara, a UBS José Paulino dos Santos possui sede própria e está localizada na entrada principal da localidade. Sua estrutura física não apresenta muita comodidade. Sua sala de recepção é pequena e no turno matutino, horário de atendimentos clínicos, ocorre certo tumulto na Unidade. Além de não haver espaços, não possui cadeiras para todos que aguardam pelo atendimento.

1.5 A Equipe de Saúde da Família do Rural II

A Equipe de Saúde da Família do Rural II é composta por: um enfermeiro, um médico clínico geral, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) – sendo estes psicóloga; assistente social; nutricionista, profissional de educação física e fisioterapeuta.

Estes profissionais supracitados atendem às UBS José Gonçalves do Amaral (Monte Alverne) e José Paulino dos Santos (Santa Bárbara). No entanto, o atendimento do médico tem que se alternar durante a semana a fim de atender as duas comunidades.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da Equipe Rural II

As UBS José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos funcionam das 07:00h às 16:00h, de segundas às sextas-feiras, excetos nos feriados. Durante a semana, ocorre o revezamento de ACS. Estes seguem uma escala para auxiliarem em atividades relacionadas à assistência, como na recepção e arquivos/prontuários. Este fato tem sido questionado pelos profissionais, haja vista a necessidade de contratação de novos recursos humanos para desempenharem serviços na recepção.

1.7 O dia a dia da equipe Rural II

O trabalho desempenhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na equipe Rural II está relacionado a atendimentos de demandas espontâneas ou previamente agendadas. O médico também realiza visitas domiciliares juntamente com a equipe. Além disso, ocorre o desenvolvimento de alguns programas como saúde bucal, pré-natal, controle do câncer de mama e ginecológico, atendimentos a hipertensos e diabéticos, atividades com o público da saúde mental, acompanhamento das crianças desnutridas, imunização e curativos. Há reuniões quinzenais, entre elas, a inserção de educação permanente para os ACS.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida para levantar os problemas vivenciados pela comunidade na área de abrangência. Em análise sobre os problemas existentes em nossa área de atuação no Rural II, nos deparamos com um leque de dificuldades a serem postas à luz de reflexão. Entre elas, temos a dificuldade na adesão ao tratamento continuado pelos pacientes hipertensos e diabéticos; pacientes de condutas simplórias e resistência diante de

necessidade de intervenções medicamentosas; muitos pacientes com transtornos psiquiátricos; especialistas com carga horária reduzida, o que ocasiona uma grande fila de espera para atendimentos, principalmente da psiquiatria e neurologia; a água fornecida à população advém somente de recursos naturais, não sendo submetida a um tratamento adequado por meio de um conjunto de procedimentos físicos e químicos, que são aplicados na água para que esta fique em condições adequadas para o consumo, ou seja, para que a água se torne potável; números limitados ou falta de alguns medicamentos da Farmácia de Todos; longa distância entre os distritos e a zona urbana e extensa distância de algumas residências rurais a outras, pronto Atendimento (PA) com horário limitado de funcionamento.

Há de se ressaltar ainda que nos distritos de Monte Alverne e Santa Bárbara no período de colheita de café, alguns adolescentes realizam atividades temporárias. Sob este ângulo de análise, eles se ausentam ou possuem menor frequência escolar. Conseqüentemente, demandam com mais assiduidade dos serviços públicos de saúde, como por exemplo, consultas médicas para pequenos acidentes de trabalho (picadas de animais peçonhentos ou pequenos ferimentos).

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

Em análise aos problemas acima referenciados, podemos destacar dentre as situações analisadas pela equipe como prioritárias, vemos que a de maior relevância se refere a “falta de adesão aos cuidados continuados aos pacientes diabéticos e hipertensos”. Todos os problemas identificados necessitam ser solucionados, mas a equipe não tem condições financeiras e nem recursos humanos para enfrentá-los de uma só vez por isso necessita priorizá-los por conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Rural II, Unidade Básica de Saúde José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos, município de Miradouro, Estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de	Seleção/
-----------	--------------	------------	---------------	----------

			enfrentamento***	Priorização****
- Falta de adesão ao tratamento continuado dos pacientes diabéticos e hipertensos.	Alta	7	Total	1
Pacientes de condutas simplórias e resistência diante de necessidade de intervenções medicamentosas	Alta	6	Parcial	2
-Muitos pacientes com transtornos psiquiátricos.	Baixa	2	Parcial	5
- Especialistas com carga horária reduzida.	Média	3	Fora	6
A água fornecida à população advém somente de recursos naturais, não sendo submetida a um tratamento adequado	Média	3	Fora	4
Números limitados ou falta de alguns medicamentos da Farmácia de Todos.	Média	4	Fora	3
- Longa distância entre os distritos e a zona urbana e longa distância entre os distritos e a zona urbana e extensa distância de algumas residências	Baixa	2	Fora	7

rurais a outras				
-Pronto Atendimento (PA) com horário limitado de funcionamento.	Média	3	Fora	8

Fonte: autoria própria (2019)

Legenda

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Os dados do quadro1 foram identificados em equipe, sobretudo as seleções de dados problemas até a priorização destes. Observou-se que apesar de haver diversos impasses que permeiam os serviços de saúde na ESF do Rural II, a “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos” é o mais prioritário em dado momento. Principalmente por compreendermos que se os pacientes apresentam resistência no que tange ao cuidado em saúde, notoriamente, essa conduta, as vezes por um ciclo de cultura da zona rural, afeta seu tratamento em saúde, podendo levar o paciente até ao óbito.

Os demais problemas, embora abarquem suas nuances nos serviços de saúde local, apresentam também necessidade de intervenção. No entanto, não serão foco deste trabalho serão encaminhados a Secretaria de Saúde para as providências cabíveis.

Por esta maneira, elegemos o problema priorizado como uma necessidade de projeto de intervenção da equipe da ESF\Rural II e seu desvelar e agir se dá, a considerável modo, como uma ação que deve ser iniciada e trabalhada pelos profissionais da saúde, mas com desdobramentos a demais setores.

Em análise aos problemas acima referenciados, podemos destacar dentre as situações analisadas pela equipe como prioritárias, vemos que a de maior relevância se refere a “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos”, conforme descrito no quadro 1

2 JUSTIFICATIVA

O motivo principal pela escolha do problema prioritário “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos” nas UBS José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos abrangidos pela equipe Rural II, se deram pela observação que esta dificuldade afeta outros problemas relacionados à saúde da população, inclusive a taxa de mortalidade.

Para Miranzi *et al.* (2008) é possível se observar na contemporaneidade a ocorrência de diversas mudanças em relação à incidência e à prevalência de doenças, sobretudo a causas de óbitos. No território brasileiro por exemplo, há altos índices de mortalidade ocasionados por doenças crônicas, que emanam do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual incide a população brasileira.

No país, as doenças crônicas mais comuns são a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, à ingestão de medicamentos e ao estilo de vida. Tais alterações podem comprometer a qualidade de vida do paciente, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que emanam destas patologias (MIRANZI *et al.*, 2008).

Logo, sabemos que A saúde

(...) é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação BRASIL, 1988, p.1).

Logo, observamos o quão árduo é a situação da dificuldade em pacientes diabéticos e hipertensos aderirem ao tratamento proposto pela assistência clínica. Porém, é

teoricamente dever do Estado interagir com os problemas que emanam na população, conhecer suas causas e desenvolver estratégias de intervenção e prevenção (BRASIL, 2006 a).

Corroboramos com essa dificuldade no tratamento também em nossa prática de atuação na ESF Rural II, principalmente no que tange aos pacientes que demandam assistência clínica devido ao diagnóstico de HAS e DM.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver um projeto de intervenção para ampliar a adesão aos cuidados continuados aos pacientes diabéticos e hipertensos da ESF Rural II referente às UBS José Gonçalves do Amaral e José Paulino dos Santos situada no Município de Miradouro/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Diminuir a dificuldade na adesão ao tratamento continuado relacionado às orientações acerca dos cuidados aos pacientes com diagnóstico de DM e HAS
- Compreender as prescrições clínicas e conseqüentemente aumento da autonomia e qualidade de vida dos pacientes com DM e HAS.
- Valorizar a cultura local.
- Conscientizar a população rural sobre a importância do tratamento continuado em saúde.
- Orientar e refletir sobre as práticas das plantas medicinais, como capim cidreira, hortelã, poejo, camomila, babosa, sucupira, salsa parrilha; arruda; boldo e macaé.
- Conscientizar a população rural de Monte Alverne e Santa Bárbara sobre hábitos de vida saudáveis.
- Prestar assistência de qualidade aos hipertensos e diabéticos.
- Possibilitar aos profissionais da saúde capacitações e Educação Permanente.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho, foi utilizado inicialmente o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida para levantar com mais rapidez os problemas vivenciados pela comunidade na área de abrangência e continuarmos utilizando os outros passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2017).

Em seguida, realizamos o segundo passo que é a priorização dos problemas, que deram luz a seleção do problema central para direcionar o plano de intervenção. Logo, foi descrito o problema selecionado em dada localidade e por conseguinte, explicado o mesmo problema. A partir de então, selecionaram-se os nós críticos e em seguida, o desenho das operações para plano de intervenção.

Para elaborar a revisão de literatura para este trabalho, utilizamos uma busca ativa por acervos bibliográficos que contemplem subsídios teóricos do tema basal de nossa pesquisa. Foi consultada as bases de dados do Scientific Electronic Library Online (Scielo) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seus descritores foram: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

Além disso, utilizamos observações de nossa área de atuação, pois através deste olhar crítico e questionador, podemos nortear nosso campo de atuação por meio de dispositivos que corroborem com uma política de saúde ampliada e satisfatória, sendo neste trabalho, a dificuldade de adesão ao tratamento continuado a pacientes com DM e HAS a ênfase de nosso trabalho.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2000 b).

A ESF proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, aciona e reafirma os princípios do SUS. Também está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Seu foco central é aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, ofertando deste modo, longitudinalidade e integralidade na atenção ofertada aos indivíduos e grupos populacionais. Almeja ainda trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, estimulando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais. Além disso, busca reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de maneira crítica e contextualizada (BRASIL, 2007a).

Logo, com a implementação da ESF, há uma transição de um modelo centralizado na cura das doenças para um modelo que almeje a promoção da saúde. Assim, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2007 b).

Na ESF, o trabalho em equipe é um processo complexo e dinâmico, no qual sua organização é realizada pelas necessidades de uma comunidade demarcada, almejando uma proximidade com o usuário. Este último deve ser visualizado como corresponsável pelas suas ações (SORATTO *et al.*, 2015).

De acordo com Nora e Junges (2013), um dos objetivos principais da ESF é a prestação de uma assistência integral e contínua na Unidade de Saúde e no

domicílio, a humanização das práticas por meio do estabelecimento de vínculos, a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença e da organização dos serviços e, o reconhecimento da saúde e do controle social como direitos de cidadania. Tem-se ainda como diretrizes, as práticas de trabalho para reorganização da atenção, a integração da rede, a educação continuada da equipe, o trabalho em equipe, a avaliação e monitoramento das ações, a realização de diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a programação local, o controle social e a intersetorialidade.

Acrescenta Alves e Aertes (2007) que é fundamental o papel do ACS na equipe de Saúde da Família, pois ele pertence aquela comunidade e conhece seus problemas, necessidades em saúde, cultura local e as dificuldades para o enfrentamento. Logo, se ele for bem orientado, realizará um papel de facilitador da relação entre a equipe e a comunidade, se posicionando como uma ponte entre as duas realidades.

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar (BRASIL, 2007 a).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a APS é entendida como um “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006 a, p.12).

Na concepção de Lavras (2011), o emprego do termo "APS/ABS" expressa uma compreensão de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada por meio de unidades de saúde de um sistema, que é caracterizado pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de pouca densidade tecnológica, o que abrange, em diversos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública.

A Atenção Básica de Saúde (ABS) ocorre por meio de técnicas e práticas gerenciais e clínicas, democráticas e participativas, através de um trabalho em equipe, orientadas a populações de territórios bem delimitado com o uso de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que precisam resolver os problemas de saúde de maior frequência e importância das populações (GARUZI *et al.*, 2014).

A ABS deve se nortear pelos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase central na universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade. Por meio dela que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS, ou seja, é a porta de entrada ao sistema. No entanto, ainda precisam coexistir os níveis secundário e terciário de atenção, que são capazes de garantir a integralidade da atenção por meio de um sistema de referência e contra referência e um princípio de informação eficaz (BRASIL, 2007 a).

Sob este prisma, vemos que a ABS considera o sujeito em sua “singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de agravos” ou de sofrimentos que possam afetar suas possibilidades de viver de maneira saudável (BRASIL, 2006 b, p. 12).

Para que estas estratégias de controle e atenção básica/primária se unifiquem e produzam resultados expressivos, é fundamental que os profissionais de saúde, bem como os gestores, apresentem conhecimento do seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações (LOPES; MARCON, 2012).

Assim, compreendemos que a ABS é uma estratégia em esfera populacional que promove o compromisso de governos para abordar a ampla variedade de influências sobre a saúde e ir de encontro às necessidades em saúde da população, por meio dos serviços de atenção primária e sua relação com outros níveis e tipos de serviço (LAVRAS, 2011).

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, aproximadamente 600 milhões de pessoas são hipertensas. Trata-se, no entanto, de um fator de risco de alta prevalência, atingindo aproximadamente 35% da população brasileira. No Brasil, as doenças cardiovasculares são uma das principais causas das internações hospitalares e aproximadamente um terço de todos os óbitos (MALTA *et al.*, 2017).

Devido à ampla incidência de hipertensos na população brasileira, a patologia já é considerada como problema de saúde pública, reforçando a função do Estado na ação e tratamento da HAS (SILVA *et al.*, 2016). Destaca Faria *et al* (2014) que o diagnóstico de HAS é um dos principais fatores de risco modificáveis que pode levar ao desenvolvimento e/ou agravamento de doenças cardiovasculares.

A HAS é considerada uma doença crônica. Pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal doença, dependendo de fatores como a aceitação da patologia, controle e conhecimento da mesma e surgimento de complicações. É determinada como tendo valores de pressão arterial sistólica > 160 mm Hg e diastólica > 95 mm Hg. A hipertensão limítrofe é aquela com valores sistólicos de 140 a 160 mm Hg e diastólicos de 90 a 95 mm Hg. A normotensão é a pressão arterial sistólica < 140 mm Hg e diastólica < 90 mm Hg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), a HAS é um distúrbio multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Acrescenta Weber, Oliveira e Colet (2014) que a HAS está relacionada à presença de vários fatores de risco, como sedentarismo, hereditariedade, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade.

Já em relação ao controle da pressão arterial, pode acontecer por meio de medidas não medicamentosas, baseadas na adequação dos hábitos de vida ou por meio de medidas medicamentosas, sendo que a necessidade da terapia medicamentosa

deve ser determinada clinicamente em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (PÉRES, MAGNA; VIANA, 2003).

Vemos que o tratamento da HAS, envolvendo o emprego adequado dos medicamentos, juntamente com as mudanças de hábitos de vida, contribui satisfatoriamente para o sucesso do tratamento e a diminuição de eventos cardiovasculares fatais.

Logo, as mudanças nos hábitos de vida, como o controle de peso, hábitos alimentares saudáveis com redução do consumo de sal e gordura, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, renúncia do tabagismo e prática de atividade física regularmente, são recomendadas para todos os hipertensos, independente do tratamento medicamentoso estar indicado.

Sabe-se que indivíduos com pré-hipertensão ou hipertensão leve, sem fatores de risco, a realização de mudanças no estilo de vida é o suficiente para fins de controle da pressão arterial e o impedimento da manifestação de comorbidades. Em contrapartida, na presença de fatores de risco e na hipertensão grave é imprescindível o tratamento medicamentoso (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

Quando o paciente não trata de modo adequado, a HAS pode ocasionar consequências graves a alguns órgãos vitais, e como entidade isolada está entre as mais comuns de morbidades do adulto. Assim, a doença hipertensiva tem se instituído num dos mais graves problemas de saúde pública (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Múltiplos fatores podem interferir para que não ocorra adequada adesão ao tratamento, dentre eles destaca-se o uso de vários medicamentos simultaneamente, regimes terapêuticos complexos, dificuldade de compreender as informações durante a dispensação de medicamentos, interações farmacológicas e o aparecimento de reações antagônicas, além da característica crônica da doença (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

5.4 Diabetes *mellitus*

De acordo com Iquize *et al.* (2017), o DM, é na atualidade, um dos maiores problemas de saúde existentes, tanto em termos de números de indivíduos afetados, com aproximadamente 300 milhões de indivíduos no mundo.

O termo DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina no organismo (BRASIL, 2000 b).

Também podemos destacar que a DM é considerada uma síndrome decorrente da ausência ou da insuficiência da insulina em desempenhar corretamente sua função. Logo, as mudanças diretas aos portadores são as alterações nos hábitos e comportamentos alimentares, cujo objetivo é uma busca pela manutenção dos níveis séricos de glicose normais. Sob esse ângulo, observa-se que o controle irregular da doença provoca riscos à saúde do portador, em razão da disfunção na circulação levando ao dano ou falência de vários órgãos (BRASIL, 2006 a).

Os principais sinais e sintomas decorrentes do DM são poliúria diurna e noturna, polipsia, boca seca, polifagia, constante fadiga, fraqueza generalizada, turbamento da visão, perda involuntária de peso e prurido corporal ou ganho de peso intenso. Também há outros sintomas que levantam a suspeita clínica, como: fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição (BRASIL, 2006 a).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (2018), seu diagnóstico é verificado pelos de exames laboratoriais. A glicose sanguínea em jejum superior a 110 mg/dl é indicativa, enquanto níveis superiores a 126 mg/dl confirmam o diagnóstico. O exame de urina com glicosúria do mesmo modo é categórico para a confirmação do diagnóstico definitivo.

Em algumas situações, o diagnóstico é realizado a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2006 a).

Percebe-se que nas complicações crônicas relativas à doença, há riscos de haver o infarto agudo do miocárdio, complicações renais, retinopatia e neuropatia. No DM tipo I não há produção de insulina pelo pâncreas, enquanto no DM tipo 2, que representa cerca de 90% dos casos da síndrome, há a secreção, entretanto, há uma dificuldade na captação e na ação adequada desse hormônio (SBD, 2018).

De acordo com Guidoni *et al.* (2009), as questões sociais, as mudanças no âmbito emocional e psíquico das pessoas, vem contribuindo significativamente para o aumento do índice de diabetes entre a população brasileira. Para lidar com essas complexidades, o setor saúde precisa se reestruturar de modo a tender os diversos contextos.

A principal meta do tratamento ao paciente diabético incide em regularizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose a fim de diminuir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas (SBD, 2018).

Para Faria *et al.* (2014) a alimentação eleva a glicemia, já a insulina e o exercício fazem com que ela diminua. Sem dúvidas, o mais importante é manejar os três fatores a fim de manter o nível de glicose dentro de uma faixa adequada. Assim, o tratamento para qualquer tipo de DM busca alcançar o que o corpo humano normalmente realiza, ou seja, manter um equilíbrio apropriado entre a glicose e a insulina.

As doenças crônicas não transmissíveis com decorrências nutricionais, como o DM, por sua alta prevalência, representam em nosso meio um problema sério de saúde pública. Com este aumento, no Brasil, se visualiza uma necessidade de uma revisão dos métodos dos serviços de saúde pública, com a inauguração de ações de saúde que abarquem estratégias de diminuição de risco e controle dessas doenças (GUIDON *et al.*, 2009)

As pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, necessitam de serem orientadas acerca da importância da adoção de medidas para mudanças no estilo de vida para que haja efetividade do tratamento. Logo, hábitos de vida saudáveis são o alicerce do tratamento do DM, sobre a qual pode ser acrescido ou não, do

tratamento farmacológico. Uma das recomendações básicas são: manter uma alimentação adequada, atividade física regular, evitar o fumo e o abuso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (BRASIL, 2013).

Já em relação ao tratamento farmacológico, vemos que no DM tipo 1, demanda sempre a administração de insulina, a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina por dia e divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são adequadas de acordo com as glicemias capilares, efetivadas ao menos três vezes ao dia. Já no DM tipo 2, que atinge a grande maior parte dos indivíduos com DM, demanda por tratamento não farmacológico. Geralmente, este é complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, de acordo com a evolução da doença (BRASIL, 2013).

A assistência da atenção primária para a pessoa com DM necessita estar voltada para um processo de educação em saúde que ajude o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica e que ainda reforce sua percepção de riscos à saúde, para que desde modo ele possa desenvolver habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações programáticas devem auxiliar a pessoa a reconhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico, cujo mesmo depende, em geral, de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

Acrescenta Mendes (2012) que é um grande desafio da ESF controlar as doenças crônicas, causadoras de enormes custos econômicos e sociais. Entre esses agravos, destacam-se a HAS e o DM, tanto por sua prevalência como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Uma das funções da ESF no controle desses problemas é o apoio aos usuários no gerenciamento do adoecimento crônico, através da educação em saúde.

O termo educação em saúde é conceituado como um diálogo entre profissionais e usuários que possibilita construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Permite também, o debate entre população, gestores e trabalhadores a

fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de estímulo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

Sob este prisma, as equipes da atenção primária em saúde necessitam incorporar ações programáticas através de habilidades educativas, indispensáveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho coeso com o modelo de atenção às doenças crônicas, a fim de possibilitar a troca de conhecimentos e a transformação da realidade. Assim, seja em seus espaços formais, como os diversos grupos educativos, ou na relação cotidiana entre profissional de saúde e usuário, qualquer ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas (MENDES, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Campos, Faria e Santos (2010) descrevem o plano de intervenção como uma ferramenta para solucionar integral ou parcialmente um problema prioritário e que possibilita estabelecer uma gestão participativa da equipe de saúde e outros participantes e que requer uma intervenção imediata.

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS , 2017). Foram seguidos os passos preconizados do PES com uma sequência lógica de ações no seu desenvolvimento. A equipe considerou favorável a sua viabilidade. Na introdução do trabalho foram apresentados os passos 1 e 2.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com Campos, Faria e Santos (2017), para descrever um problema é preciso conhecer a realidade da população para poder dimensionar o problema e o que ele representa na realidade. Deve identificar inclusive sua quantificação.

Neste sentido temos cadastrados aproximadamente 45 pacientes diabéticos e 210 hipertensos na Zona Rural II. Aproximadamente um terço desta estimativa de pacientes participam dos grupos que o NASF desenvolve junto a ESF, cujo público central são pacientes hipertensos e diabéticos.

Tendo em vista o problema priorizado, vemos que a falta de adesão aos cuidados continuados, principalmente aos pacientes diabéticos e hipertensos é um fator que

tem se evidenciado explicitamente no trabalho de nossa equipe. Geralmente estes impasses ocasionam danos à saúde da população, uma vez que os mesmos não aderindo ao tratamento continuado em âmbito da saúde, comprometem seu bem-estar físico, psicológico, psicossocial além de levar as complicações muitas vezes irreversíveis podendo chegar a óbito. Sem mencionar as inúmeras internações gerando gastos para os cofres públicos que poderiam ser evitadas com uma adesão adequada aos tratamentos farmacológicos e dietéticos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Para Campos, Faria e Santos (2017, p.63) explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

Ao repensarmos acerca da gênese do problema levam-nos a crer que destes “nós críticos”, observam-se que alguns dos pacientes assistidos pela ESF Rural II, são indivíduos analfabetos ou com pouco grau de escolaridade. Muitos deles, residem sozinhos e não dispõem de pessoas de referência comprometidas em auxiliarem nos cuidados à saúde.

Corroborando Maragno (2009) em seu estudo sobre a relação do analfabetismo com o cuidado à saúde, constatou que o elevado o número de pacientes que não participavam efetivamente de seu tratamento de saúde por serem analfabetizados e não compreendiam as demandas clínicas que lhe são orientadas. Ao ser realizada uma recente pesquisa no Brasil sobre o índice de analfabetismo, constatou-se que 32% da população são considerados analfabetos funcionais.

Para o Instituto Paulo Montenegro e a Ação Educativa (2009, p. 6), “é considerada analfabeta funcional a pessoa que, mesmo sabendo ler e escrever, não tem habilidades de leitura, de escrita e de cálculo necessárias para viabilizar seu desenvolvimento pessoal e profissional”. No Brasil um quarto da população é analfabeta funcional. Isso significa que uma parte da população brasileira não sabe ler direito ou não entende o que lê, sendo considerados analfabetos ou analfabetos funcionais.

Acrescenta Santos e Portella (2016) que estes pacientes com analfabetismo funcional que fazem uso dos serviços de saúde estão predispostos a apresentarem dificuldades expressivas com o tipo de leitura exigido neste contexto, como, ler prescrições, agendamentos de consultas, orientações de cuidados e materiais educativos.

Além disso, ressaltamos que em nossos distritos de Monte Alverne e Santa Bárbara, a população adulta possui uma cultura de certa resistência em aderir ao tratamento medicamentoso. Isso se dá pela tradição de recorrerem às plantas medicinais como alternativa mais eficaz para o tratamento de doenças.

Esclarece Pinto, Amorozo e Furlan (2006) que as práticas relacionadas ao uso popular de plantas medicinais são condutas comuns que muitas comunidades, especialmente as rurais, utilizam como único tratamento de doenças ou manutenção da saúde. Geralmente, essa população possui dificuldades em adesão a tratamento medicamentoso, por acreditarem que com o uso das ervas medicinais, suas patologias sejam sanadas ou estabilizadas.

Durantes muitas de nossas visitas domiciliares à zona rural, nos defrontamos com espaços próprios para o cultivo de algumas plantas ou ervas em que os pacientes expõem de maneira orgulhosa como “alternativas” para qualquer enfermidade.

Todavia, na população referente à Zona Rural II, o estilo e hábitos de vida são também observados como simplórios. Até porque, por serem distritos rurais pequenos, a população em geral não possui muitas atividades para ocupação ou desenvolvimento de suas potencialidades, como hábito de realizar atividades físicas ou participação em oficinas de inserção produtiva. Além disso, há também pouco conhecimento sobre a importância de se desenvolver hábito de alimentação saudável e rica em nutrientes que favoreçam a qualidade de vida e ou tratamento.

Justifica Faria *et al* (2014) que a realização de atividades físicas por pacientes diabéticos e hipertensos associada a um hábito de alimentação saudável, é responsável por diversos benefícios no tratamento destas doenças.

Sabemos que quando nos depararmos com pacientes enfermos ou com doenças crônicas, o acompanhamento de uma equipe de saúde é basal para seu tratamento, inclusive a assistência medicamentosa (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014). No entanto, o fato de encontrarmos com algumas destas resistências na adesão de nossas prescrições na ESF Rural II, nos convidam a refletir acerca de nossas condutas clínicas diante de uma população que há anos, mantém uma cultura e tradição de determinadas crenças, superstições medicinais ou estilo de vida prejudicial não muito satisfatórios para a saúde.

Porém, diante desta problemática, podemos ainda refletir que tais obstáculos, não se dão de maneira isolada e também não são atribuições somente das políticas públicas de saúde. A educação, assistência social e cultural, também são secretarias atreladas a estas necessidades de intervenções e apoio matricial.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

“Nós críticos” são aquelas causas ou situações que são consideradas as mais importantes na origem do problema prioritário e que cuja resolução terá grande impacto também na resolução do problema. As causas devem estar dentro do espaço de governabilidade, do ator ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Os nós críticos levantados pela equipe são:

- dificuldade de adesão ao tratamento por causa da baixa escolaridade e analfabetismo;
- cultura de uso de plantas medicinais;
- hábitos e estilo de vida inadequados;
- processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

A equipe após levantar os nós críticos causadores da “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos” passou-se então a discutir nas soluções e estratégias para o enfrentamento dos mesmos. Faz-se necessário elaborar para cada nó crítico um quadro com as operações para o enfrentamento da causa selecionada. Então passamos a construir os quadros contendo em suas linhas e colunas os passos preconizados no PES. Veja no item 6.4.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

As operações são ações que são desenvolvidas durante a execução do plano, elas precisam para sua operacionalização de recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Elas previamente são desenhadas para dar base ao enfrentamento dos nós críticos. Faz-se necessário descrever as operações para enfrentar as causas, identificar os produtos e resultados para cada operação selecionada e identificar também os recursos necessários para efetivação das operações, os responsáveis, o prazo para execução do projeto como também como será feito o monitoramento e avaliação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Dificuldade de adesão ao tratamento por causa da baixa escolaridade e analfabetismo.
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. -Solicitar ao ACS para monitorar o uso dos tratamentos indicados. -Realizar visitas domiciliares daqueles pacientes com mais dificuldade. -Solicitar o acompanhamento da família. -Explicar com muita clareza como deve tomar os medicamentos e pedir para o paciente explicar o que ele entendeu. -A receita deve ser com letra maior e legível.
Projeto	Mais Educação= Mais Saúde
Resultados esperados	<p>Pacientes com um nível melhor de compreensão das orientações. Diminuição da dificuldade na adesão de cuidados continuados;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Compreensão das prescrições clínicas; -Aumento a qualidade de vida dos pacientes
Produtos esperados	Aumento da adesão ao tratamento
Recursos necessários	<p>Organizacional: organizar as agendas dos profissionais que irão participar do projeto.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre a importância do tratamento.</p> <p>Financeiro: para aquisição de material didático.</p> <p>Político: Articulação Intersetorial (Cultura, Educação e Saúde).</p>

Recursos críticos	Estrutural: Divulgação do Projeto Cognitivo: repasse de informação Político: Apoio do gestor local Financeiro: Para aquisição dos recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Médico, enfermeira e demais componentes da equipe estão - Motivação favorável Secretária de Saúde. indiferente.
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto com a secretaria de saúde
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Este projeto conta com a participação de toda a equipe mais os profissionais do NASF. Serão realizadas reuniões frequentes para discutirmos o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos que serão necessários e divisões de tarefas de acordo com suas capacidades para exercê-las.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeiro, médico da Família e agentes comunitários da saúde. Serão definidas anteriormente as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural II, do município Miradouro, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Cultura do uso de plantas medicinais
Operação (operações)	Valorizar a cultura vigente Discutir com os pacientes que eles podem usar as plantas medicinais que já tem costume, mas não podem deixar de tomar os medicamentos e fazer o acompanhamento médico. Formar um grupo para discutir o uso das plantas medicinais. Quinzenalmente
Projeto	Plantas Mediciniais e Saúde
Resultados esperados	Valorização da cultura local; Conscientização da população rural sobre a importância dos cuidados continuados;
Produtos esperados	Criação do grupo para trabalhar a temática com os usuários hipertensos e diabéticos.
Recursos necessários	Estrutural: Articulação entre a rede e Intersetorial

	<p>Cognitivo: repasse de conhecimento</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais.</p> <p>Político: Articulação Intersetorial (Educação, Cultura e Saúde).</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Planejamento, divulgação do Projeto</p> <p>Cognitivo: repasse e troca de conhecimentos</p> <p>Político: convidar um profissional para participar das discussões com os pacientes e secretaria de saúde</p> <p>Financeiro: Para aquisição dos recursos audiovisuais</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Médico e enfermeiro e demais profissionais envolvidos estão favoráveis.</p> <p>Secretária de Saúde. favorável</p>
Ações estratégicas	<p>Não tem necessidade de nenhuma estratégia de motivação porque os profissionais estão motivados. Para a Secretaria de Saúde apresentar e discutir o projeto.</p>
Prazo	<p>1 ano e 06 meses (04 meses para apresentação do projeto; 3 meses para início das atividades)</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Médico e enfermeiro da ESF</p>
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Médico e enfermeiro</p>

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “*falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos*”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural II, do município Miradouro, estado de MG.

Nó crítico 3	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir em pequenos grupos os hábitos e estilo de vida dos pacientes; -Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco. -Esclarecimento aos pacientes sobre a hipertensão arterial e diabetes, suas complicações, fatores de risco e medidas preventivas. <ul style="list-style-type: none"> -Orientar a população para diminuir os fatores de riscos para prevenção da hipertensão arterial e diabetes. - Implantação das Linhas de Cuidado sobre hipertensão e diabetes. -Orientar sobre os cuidados na prevenção dos fatores de risco.

	-Discutir sobre a importância da prática de atividades físicas.
Projeto	Saúde em Ação
Resultados esperados	-Programa de caminhadas orientadas com o profissional de educação física. -Bate papo na sala de espera dando oportunidade dos usuários se exporem e tirarem suas dúvidas. -Criação de grupos visando orientações de prevenção e promoção da saúde aos hipertensos e diabéticos. -Atividades físicas. -Orientação nutricional com a participação da nutricionista.
Produtos esperados	
Recursos necessários	Estrutural: equipe multidisciplinar Cognitivo: repasse de conhecimento Político: Apoio aos profissionais Financeiro: aquisição de material para as atividades físicas: bola, peteca e outros.
Recursos críticos	Estrutural: Divulgação do Projeto Cognitivo: repasse de conhecimento utilizando metodologias inovadoras. Político: Apoio do gestor Recursos financeiros: para aquisição de material.
Controle dos recursos críticos	A secretária de saúde e a equipe de saúde estão motivados.
Ações estratégicas	Não tem necessidade de usar nenhuma ação educativa.
Prazo	04 meses para apresentação do projeto; 02 meses para implantação, duração 01 ano.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Profissional de educação física, nutricionista, médico e enfermeiro.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento e avaliação das operações são feitas pelos mesmos profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento das operações.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “*falta de adesão aos cuidados continuados dos pacientes diabéticos e hipertensos*”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rural II, do município Miradouro, estado de MG.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema
---------------------	---

Operação (operações)	<p>Preparar a equipe de saúde para a execução de ações educativas para pacientes hipertensos e diabéticos sobre a doença, fatores de risco, complicações e tratamento.</p> <p>Delimitar os papéis de cada profissional e a importância do trabalho em equipe.</p> <p>Reforçar a importância de manter os fluxos para os atendimentos.</p> <p>Discutir os casos de alto complexidade e construir um projeto terapêutico singular (PTS).</p>
Projeto	Ações em saúde
Resultados esperados	<p>-Equipe imbuída de conhecimentos refletindo numa assistência de qualidade aos hipertensos e diabéticos.</p> <p>-Delimitação os papéis de cada profissional.</p> <p>Os fluxos para os atendimentos são respeitados.</p> <p>Discussão de casos de alto complexidade e construir um PTS.</p>
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Criação espaços para educação permanente. - Capacitação dos Profissionais. -Protocolos implantados. -Gestão da linha de cuidado. -Reuniões para estudo de casos com a rede. -Elaboração do PTS. - Incluir um sistema ativo de referência e contra -referência.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Equipe multidisciplinar</p> <p>Cognitivo: Estudo sobre as estratégias de comunicação e os fluxos existentes para o desenvolvimento de um trabalho no âmbito da saúde; apoio matricial.</p> <p>Político: Apoio aos profissionais que demandam exercer ações em prol da saúde.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Disponibilidade dos Profissionais</p> <p>Cognitivo: Incentivo para capacitação dos profissionais.</p> <p>Político: Articulação Intersetorial (Assistência Social/CRAS; Saúde/NASF, ESF, Bucal; Educação\ Escolas; Conselho Tutelar.</p> <p>.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Médico, enfermeiro e demais membros da equipe -Motivação favorável</p> <p>Secretaria de Saúde –indiferente</p>
Ações estratégicas	Apresentar e discutir com Prefeito Municipal e a secretaria de saúde a necessidade de profissionais realizarem capacitações
Prazo	2 anos (02 meses para planejamento do cronograma; 02 meses para apresentação a equipe e 02 meses para implantação).
Responsável (eis) pelo acompanhamento	Profissional de educação física, psicóloga do NASF e Médico da ESF e enfermeira

das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento e avaliação das operações são feitas pelos mesmos profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento das operações.

Fonte: autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que os nossos propósitos de apresentar uma reflexão acerca da conduta de pacientes hipertensos e diabéticos assistidos na ESF Rural II de Miradouro-MG e conseqüentemente, um projeto para tal problemática, foram alcançados.

Levantamos consideração os quatro “nós críticos” encontrados em nossas atividades laborativas, como: 1- Dificuldade de adesão ao tratamento por causa da baixa escolaridade e analfabetismo .; 2- cultura de uso de plantas medicinais; 3- hábitos e estilo de vida; 4 - Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema. Todos estes, confiamos que se trabalhados de modo ativo, poderão auxiliar no enfrentamento da dificuldade central de os pacientes terem tamanha resistência em adesão ao tratamento continuado.

Sabemos o quão grande são as dificuldades que nos deparamos diante de um país que assombra algumas possibilidades de retrocessos no SUS. No entanto, nosso desejo de enfrentar, apesar das dificuldades políticas, econômicas e sociais, sem dúvidas, tecem-nos ainda de esperança que podemos atingir os objetivos traçados ao longo do nosso trabalho.

Trabalhar em rede é fundamental para oferta de um serviço de qualidade à população, pois é impossível pensar num indivíduo isolado e dissociado de outras políticas públicas.

Creemos que este trabalho não se dá por terminado. Além dos projetos que temos almejado, temos desejo de dar seguimento a outras problemáticas que surgem no dia a dia de nossa jornada de trabalho. Sem dúvidas, este trabalho de pesquisa bibliográfica e elaboração de um plano de ação, possibilitou-nos dentro da equipe uma reflexão crítica do nosso saber profissional e do que podemos fazer para melhorar a vida de uma população que demanda pelos nossos serviços.

Considera-se ainda desafiador o trabalho na zona rural. Mas na mesma intensidade do desafio, é possível sentir, em tamanha proporção, o transmitir de tamanho afeto da população pelo trabalho da saúde, pois em cada casa que adentramos, há uma história distinta, acompanhada de prosa, sonhos e esperança.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G; AERTES, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 25 jan. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia. **IBGE Cidades@**. Brasília, (online), 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/miradouro/panorama> Acesso em 12.jun. 2018.

_____. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em 24 jan.2019.

_____. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Brasília, DF, 2000 a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf. Acesso em 23 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2000 b. 42 pag. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em 12 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em 13 jan. 2019.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em 23 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 8, 1ª edição, 2007 a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007 b. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf. Acesso em 22 jan. 2019.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade Saúde da Família. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. **Caderno de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf Acesso em 12 fev. 2019

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Módulo do Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª ed. NESCON\ UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 21 jan. 2019

FARIA, H. T.G *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm**, vol. 48, n.2, São Paulo, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf. Acesso em; 22 mar. 2019

GARUZI, M *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família Revisão Integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.39, n. 105, p. 514-524, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/> . Acesso dez. 2019.

GUIDONI, C.M *et al.* Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Rev. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 37-48, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005.

IQUIZE, R.C.C; THEODORO, F.C.E.T; CARVALHO, K.A; OLIVEIRA, M.A; BARROS, J.F.B; SILVA, A.R. **Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática**. J Bras Nefrol, v. 39, n. 2, p.196-204, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n2/pt_0101-2800-jbn-39-02-0196.pdf. Acesso em; 21 jan. 2019.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO: AÇÃO EDUCATIVA. **Indicador de Alfabetismo Funcional: principais resultados**. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.ipm.org.br/download/inaf_brasil2009_relatorio_divulgacao_final.pdf. Acesso em: 22/04/2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Ver. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 01 jan. 2019.

LOPES, M.C.L; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1311/7624-61172-1-pb.pdf>. Acesso em: 13 mar.2019.

MALTA, D.C *et al* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 11, s/p; 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200313&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 14 jan 2019.

MARAGNO, C, A, D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**– Dissertação. Saúde. UFRGS, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18582/000727707.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 22 jan. 2019.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 18 mar. 2019.

MIRANZI, S. S. *et al*. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Rev. Enfer**, v. 17, n.4, p. 672- 679, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07>. Acesso em 24 de jan.2019.

NORA, C. R. D; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>. Acesso 28 fev. 2019.

PÉRES, D. S; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 635-642, 2003. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500014. Acesso em 15 de jan.2019.

PINTO, E. P. P; AMOROZO, M.C.M; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica. **Rev. Acta Bot. Bras**, v. 20, n. 4, p. 751-762, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abb/v20n4/01.pdf>. Acesso em 22 jan. 2019

SANTOS, M.I.P.O; PORTELA, M.R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Rev. Bras Enferm**, v..69, n. 1, p. 144-152, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>. Acesso em 30 jan. 2019.

SILVA, E.C.*et al* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. Bras Epidemiol.**, v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>. Acesso em 12 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001. Acesso em 21 jan. 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n 3, p 1-34, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012. Acesso em: 28 abr 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: **AC Farmacêutica; 2017-2018**. Disponível em; <https://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso 23 jan. 2019.

SORATTO, J.*et al* C. A. S; Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/879263/872-6803-2-pb.pdf>. Acesso em 02 mar 2019.

WEBERT, D; OLIVEIRA, K.R; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Hipertens**, v. 21, n 2, p. 114-121, 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf. Acesso em 5 mar. 2019.