

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

**ANA CLARA DE CASTRO E BRAGA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NO CONTROLE  
DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS/DIABÉTICOS RESIDENTES NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE RUBI, EM BALDIM - MINAS  
GERAIS**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2020**

**ANA CLARA DE CASTRO E BRAGA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NO CONTROLE  
DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS/DIABÉTICOS RESIDENTES NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE RUBI, EM BALDIM - 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.

Orientador: Professora Ms. Eulita Maria Barcelos

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2020**

**ANA CLARA DE CASTRO E BRAGA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NO CONTROLE  
DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS/DIABÉTICOS RESIDENTES NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE RUBI, EM BALDIM - MINAS  
GERAIS**

**Banca examinadora**

Professora Ms. Eulita Maria Barcelos – UFMG (orientadora)

Professora Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de outubro de 2020.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos 17 dias do mês de Outubro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **ANA CLARA DE CASTRO E BRAGA** intitulado “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA NO CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DOS PACIENTES HIPERTENSOS/DIABÉTICOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE RUBI, EM BALDIM - MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Ms. EULITA MARIA BARCELOS e Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh. O TCC foi aprovado com a nota 93.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia dezessete do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 26 de março de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 30/03/2021, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0645136** e o código CRC **85A99038**.

Dedico esse trabalho à minha orientadora, Eulita Maria Barcelos, cuja dedicação e paciência foram essenciais para a conclusão desse projeto.

Dedico ainda aos meus pacientes, que são fonte constante de aprendizado e troca de experiência, gerando crescimento profissional e pessoal.

Agradeço a equipe de saúde Rubi, da Unidade Básica de Saúde de Baldim pelo profissionalismo e auxílio no enfrentamento das dificuldades do cotidiano.

## RESUMO

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas que afetam grande número de pessoas no Brasil e, quando mal controladas, geram danos aos seus portadores, além de aumentar os gastos públicos em saúde. Por essa razão, torna-se relevante a proposição de implantar um projeto de intervenção para melhoria no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes hipertensos/diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela Equipe de Saúde Rubi, na Estratégia Saúde da Família Baldim, em Baldim, Minas Gerais. Para a realização do trabalho, inicialmente foi realizado pela equipe de saúde o diagnóstico populacional da área de abrangência, usando a estimativa rápida para levantar os problemas vivenciados pela comunidade. Para subsidiar o tema realizou-se uma revisão de literatura. Na elaboração do plano de intervenção foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional: identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações, de acordo com módulo Planejamento, Avaliação e Programação das Ações em saúde. Este trabalho poderá contribuir para o entendimento do comportamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus dentro da comunidade estudada, tornando possível a observação de quais medidas são mais efetivas para obtenção do melhor controle das doenças mencionadas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Planejamento Estratégico Situacional. Plano de intervenção.

## **ABSTRACT**

Arterial hypertension and diabetes mellitus are chronic diseases that affect a large number of people in Brazil and, when poorly controlled, cause damage to their patients, in addition to increasing public health spending. For this reason, it is relevant to propose an intervention project for these patients, aiming at better control of these diseases to avoid bad outcomes and provide them with a better quality of life. To carry out the work, the population analyzed was that of the Rubi community, in Baldim – Minas Gerais. For the elaboration of the intervention plan, the steps of Situational Strategic Planning were followed: identification and prioritization of problems, description and explanation of the selected problem, selection of “critical nodes” and design of operations, according to module: Planning, Evaluation and Programming of Health Actions. This work can contribute to the understanding of the behavior of arterial hypertension and diabetes mellitus within the studied community, making it possible to observe which measures are most effective to obtain the best control of the diseases mentioned.

**Keywords:** Arterial hypertension. Diabetes Mellitus. Situational Strategic Planning. Intervention plan.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEASA	Centrais Estaduais de Abastecimento
DeCS	Descritor de Ciências de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
ILP	Instituição de Longa Permanência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online / Biblioteca Eletrônica Científica Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Tens-Fis	<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation – Functional Electrical Stimulation</i>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Rubi, município de Baldim, estado de Minas Gerais – 2018.	18
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “Grande número de hipertensos/ diabéticos mal controlados” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.	37
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixo nível de instrução da população”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, estado de Minas Gerais, 2019.	38
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência no planejamento das atividades dos grupos operativos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.	39

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
1.1 Aspectos gerais do município.....	10
1.2 Aspectos da comunidade .....	11
1.3 O sistema municipal de saúde .....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Baldim (que abriga a Equipe de Saúde da Família Rubi) .....	13
1.5 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Baldim e sua equipe .....	15
1.6 O dia a dia da equipe Rubi .....	15
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	16
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA .....	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
5.1 Estratégia de Saúde da Família .....	24
5.2 Atenção Primária à Saúde .....	25
5.3 Hipertensão Arterial: conceito, sinais e sintomas .....	27
5.4 Diabetes Mellitus: conceito, sinais e sintomas.....	28
5.5 Fatores de riscos para hipertensão arterial e diabetes e medidas preventivas... 28	
5.6 Dificuldade de adesão dos pacientes aos tratamentos.....	30
5.7 Ações educativas no atendimento dos pacientes .....	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....	34
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	34
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) .....	35
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo) .....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	40
REFERÊNCIAS .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

O município de Baldim conta com uma população de 7.913 habitantes, ocupando uma área de 556,266 Km<sup>2</sup>. “Está localizado à margem do Rio das Velhas, na zona metalúrgica do Estado de Minas Gerais, na Mesorregião do centro leste Mineiro, na Microrregião Calcários de Sete Lagoas” (BALDIM, 2019).

Em relação à economia os dados encontrados são de 2017, quando o salário médio mensal era de 1.6 salário mínimo. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.5%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 35.9% da população nessas condições. Baldim é um município com baixa arrecadação de impostos, há poucas indústrias e empresas, sendo que, para se manter e ofertar, os serviços públicos dependem principalmente de repasses dos governos federal e estadual. A agropecuária é o mais forte, sendo a agricultura familiar responsável pela maior parte da produção, que vai para as Centrais Estaduais de Abastecimento (CEASA). As dez principais atividades econômicas são: produção de lavouras/horticultura, pecuária, comércio varejista de produtos alimentícios, bebidas e fumo, outras atividades de serviços pessoais, atividades domésticas e de limpeza, fábrica de doces, pedreiros, motoristas, funcionários públicos e professores (IBGE, 2017).

Quanto a escolaridade, em 2017 os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6.9 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. A taxa de escolarização (para alunos de 6 a 14 anos) foi de 96.5 em 2017. Em 2018 o número previsto de alunos matriculados no ensino fundamental foi 942 e no ensino médio 340 em escolas da rede pública. Em Baldim existem três escolas, uma escola estadual (com turmas do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio, com turnos de manhã, tarde e noite), uma escola municipal (com turmas do pré-primário – crianças a partir de 5 anos – ao 5º ano) e uma creche (IBGE, 2017).

Baldim possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas urbanas e duas rurais. No momento, a cidade não possui serviço de pronto atendimento médico. Os pacientes que necessitam de atendimento imediato são encaixados nas vagas de livre demanda da UBS de origem, sendo avaliados pelo médico e, se

necessário, encaminhados a Sete Lagoas (caso o município não possua recursos suficientes para oferecer o tratamento adequado ao paciente). A cidade possui ainda uma instituição de longa permanência para idosos.

## **1.2 Aspectos da comunidade**

A comunidade de Rubi que reside em área urbana é de 1958 pessoas. Há um grande número de desempregados que vivem de trabalhos esporádicos, pessoas em trabalho informal. Existem no município quatro fábricas de doces que empregam aproximadamente 100 pessoas e uma fábrica de andaimes.

O saneamento básico apresenta 55.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 93.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

A coleta de lixo realizada pela prefeitura é despejada em uma espécie de lixão. Existe uma cooperativa de reciclagem de lixo que vai de casa em casa recolhendo o lixo para ser reciclado.

Com relação aos aspectos demográficos, há 7913 habitantes em Baldim. Destes, 3941 são do sexo masculino e 3972 do sexo feminino. Crianças e adolescentes (pessoas até 19 anos de idade) equivalem a 32,1% da população (2539 pessoas), adultos (20-59 anos) a 52,1% (4121 pessoas). A população idosa (60 anos ou mais) corresponde a 1253 pessoas (15,8% da população) (IBGE, 2017).

Analisando os aspectos epidemiológicos, de acordo com o relatório de cadastro individual fornecido pelo e-SUS, de 773 pessoas entrevistadas: uma pessoa afirma estar com tuberculose, sete estão domiciliados, 86 fumantes, oito gestantes, 10 fazem uso de bebidas alcoólicas, quatro fazem uso de outras drogas, 41 têm diabetes, 136 têm hipertensão arterial sistêmica (HAS), seis tiveram ou têm câncer, dois tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE), 21 foram diagnosticados com transtorno mental, quatro tiveram infarto do miocárdio, 21 foram internados nos últimos 12 meses. Em tempo, 34 pacientes com doença respiratória, 25 com doença cardíaca e 12 têm problemas renais.

As cinco principais causas de internação hospitalar (considerando os anos 2017 e 2018) são, em ordem decrescente:

- 1º Gravidez, parto e puerpério (160 internações);

- 2º Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (146 internações);
- 3º Doenças do aparelho circulatório (117 internações);
- 4º Doenças do aparelho digestivo (69 internações);
- 5º Doenças do aparelho respiratório (68 internações).

As 3 principais causas de mortalidade (considerando os anos 2015 e 2016) são, em ordem decrescente, 1º doenças do aparelho circulatório (33 mortes); 2º neoplasias (23 mortes); 3º doenças do aparelho respiratório (16 mortes).

### **1.3 O sistema municipal de saúde**

Conforme disposto no Plano Municipal de Saúde 2014-2017:

As Redes de Atenção à Saúde são formadas pela integração da atenção primária, secundária e terciária.

A atenção primária é a porta de entrada para todas as necessidades do indivíduo, sendo uma estratégia de reorganização do modelo assistencial em saúde, voltada para responder à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

A atenção secundária é considerada um serviço de média complexidade, atendendo casos de urgência e de emergência, especialidades médicas e exames especializados. Nesse tipo de atenção, enquadra-se o atendimento de clínicas médicas, pediátricas, consultas ambulatoriais eletivas e de especialidades e se necessário, é referenciado para atender serviços de alta complexidade.

A atenção terciária ou de alta complexidade atende casos de natureza clínica aguda ou agudização de condições crônicas. O tipo de serviço prestado inclui internações, cirurgias, partos, especialidades e assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BALDIM, 2019, p. 25, 26).

No município de Baldim, há atualmente o funcionamento da atenção primária por meio da UBS Baldim na qual opera a Estratégia de Saúde da Família (ESF) I e IV, dos postos de atendimento localizados nas zonas rurais onde opera a ESF III, e da UBS São Vicente na qual opera a ESF II.

Em Baldim também funciona um Pronto-Atendimento (que no momento encontra-se sem médico atuando), no mesmo espaço físico da UBS, para assistência a casos de urgência e emergência, uma vez que na cidade não há atenção terciária. No entanto, o serviço não possui recursos para o atendimento de casos de maior gravidade, sendo necessário o encaminhamento destes para Sete Lagoas e Belo Horizonte.

Em casos de consultas especializadas e exames de alto custo (atenção secundária), os pacientes também são referenciados a Sete Lagoas e Belo Horizonte.

Os pacientes que necessitam de atendimento na atenção terciária são referenciados a Sete Lagoas (Hospital Municipal, Hospital Nossa Senhora das Graças e Pronto Atendimento Central) e, em casos específicos que não podem ser atendidos em Sete Lagoas, os pacientes são encaminhados a Belo Horizonte.

Não dispomos ainda de prontuário eletrônico, sendo que todas as informações do paciente e consultas realizadas são anotadas manualmente, em prontuário de papel. O laboratório da cidade realiza exames laboratoriais básicos, mas quando há necessidade de exames de imagem, os pacientes são conduzidos a Sete Lagoas para sua realização.

Em Baldim ainda predomina um sistema fragmentado de atenção à saúde: os pontos de atenção à saúde são isolados uns dos outros, principalmente o sistema de referência e contra referência (pacientes encaminhados a consultas com especialistas ou internação hospitalar em Sete Lagoas não são contra referenciados à UBS de origem).

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Baldim**

A UBS Baldim está localizada na sede municipal, no Bairro Olaria, sendo referência para pacientes de todo o município, por meio de três equipes de ESF, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) (que se revezam no atendimento na UBS e nas demais localidades) e de um pronto atendimento que funciona 24 horas, mas que nem sempre conta com atendimento médico nesse período.

Quanto ao meio de transporte há linhas de ônibus que atendem algumas localidades, com poucos horários, prejudicando o acesso da população. De acordo com a necessidade, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza o transporte. Em casos de urgência e emergência as ambulâncias atendem em todo o município. Há veículos para transporte de pacientes e ambulâncias tipo furgoneta, mas nenhuma ambulância tipo furgão, o que prejudica o encaminhamento de pacientes de estatura maior.

A UBS Baldim foi inaugurada há 22 anos e passou por duas reformas. São dois prédios que a compõe, sendo que no prédio 01 há o setor de pronto-atendimento, que conta com uma sala de triagem, dois ambulatórios, uma sala de inalação e nebulização em que há também o programa Telecárdio, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma sala da enfermagem, uma sala para descanso da enfermagem. A recepção é pequena, às vezes os pacientes aguardam o atendimento em pé.

Nesse setor há os seguintes equipamentos e materiais: dois desfibriladores externos automáticos, dois aparelhos de eletrocardiograma (sendo um utilizado no programa telecárdio), um aspirador de secreções, um oftalmoscópio, um laringoscópio, uma central de nebulização, focos, esfigmomanômetros com estetoscópios, lanternas clínicas, glicosímetros, sonar, mesa de exames, dentre outros.

Separadas do pronto atendimento há uma sala para o descanso médico e uma sala de imunização, com câmara para conservação de vacinas e ar-condicionado.

No setor em que as equipes de ESF atuam há quatro consultórios indiferenciados, sendo que um consultório atualmente serve como sala de reuniões da ESF, tendo também uma recepção pequena. Nesse setor há os seguintes equipamentos e materiais: um oftalmoscópio, um laringoscópio, um colposcópio, um bisturi elétrico, focos, esfigmomanômetro com estetoscópio, lanternas clínicas, sonar, glicosímetros, mesa ginecológica, dentre outros.

Há uma sala de esterilização de materiais, com três autoclaves, um almoxarifado onde são armazenados materiais médico-hospitalares, material impresso e material de escritório, um almoxarifado para material de limpeza e um almoxarifado para medicamentos, com ar condicionado.

Mais ao fundo, há o setor de fisioterapia, com um aparelho *Transcutaneous electrical nerve stimulation – Functional Electrical Stimulation (Tens-Fes)*, um ultrassom fisioterápico, um aparelho de ondas-curtas, um aparelho de infravermelho fisioterápico e o setor de Vigilância Sanitária e Epidemiologia.

No prédio 02, há o setor de odontologia, com dois consultórios odontológicos, um aparelho de jato de bicarbonato e uma caneta de alta-rotação. Há também o Laboratório de Análises Clínicas, que conta com um contador automatizado de células, um analisador bioquímico semiautomático, centrífugas, microscópios e



deionizadora além do setor de regulação, o setor administrativo, o gabinete do secretário e a cozinha.

Ao lado da UBS Baldim há a Farmácia de Todos, com dispensação de medicamentos.

Há conexão de internet e telefonia em toda UBS.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da igreja, que fica distante da UBS, por uma questão de espaço físico. O acesso é fácil, mas a adesão da população aos grupos é pequena devido a ineficiência da divulgação das reuniões pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); desinteresse da população em participar das reuniões devido ao baixo nível de instrução; falta de incentivos à população para participar das reuniões; mal planejamento das reuniões pela equipe, corroborando para a má adesão da população.

### **1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde Baldim e sua equipe**

A equipe Rubi é composta por uma médica da ESF, uma enfermeira da ESF, um técnico de enfermagem da ESF e quatro ACS. Contamos com a participação dos profissionais integrantes do NASF.

A unidade de Saúde I (equipe Rubi) funciona de 07 as 11 horas e de 13 as 16 horas, de segunda à sexta. Terça-feira, a UBS também funciona de 18h00min as 22h00min, pois houve implementação recentemente do horário do trabalhador (para atender àqueles pacientes que não podem ou tem dificuldade de se ausentarem das atividades laborais para irem as consultas).

Dentro dos horários mencionados, o atendimento médico ocorre de terça a sexta-feira, sendo que na terça o médico atua nos turnos da tarde e noite e, nos demais dias, turnos da manhã e tarde. As tardes de sexta são reservadas para visitas domiciliares e assistência ao lar Boa Esperança Instituição de Longa Permanência (ILP). Contamos com uma recepcionista para atividades não relacionadas à assistência (incluindo seleção dos prontuários para consultas agendadas, assumindo também a função de os guardar em local adequado após conclusão das consultas).

### **1.6 O dia a dia da equipe Rubi**

Na UBS Baldim onde atua a equipe Rubi, 2/3 das vagas para atendimento são destinadas a pacientes com consultas marcadas e 1/3 das vagas à demanda espontânea. O acolhimento é realizado, em sua maior parte, pela enfermeira e pela médica (apesar de já termos conversado com a equipe que o acolhimento pode e deve ser feito por todos os profissionais). A equipe realiza reuniões mensais para discutir problemas, planejar e traçar metas, bem como para avaliar o trabalho que está sendo desenvolvido e maneiras de melhorá-lo.

O trabalho na UBS é feito por meio de atendimentos individuais (são realizados atendimentos de forma individual a lactentes, gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos, residentes no município de Baldim. Ressalta-se o atendimento à população do Movimento dos Sem Terra, na perspectiva de promover a equidade e ampliar abrangência das ações de saúde); visitas domiciliares e atendimento domiciliar prestado a pacientes acamados, grupos operativos (trabalho multidisciplinar realizado sob a forma coletiva com o objetivo de prevenir agravos e promover saúde, grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, apoio ao Lar Boa Esperança, grupo Cuidando de quem cuida – grupo operativo destinado a todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, visando a garantia de bem estar físico e mental, Programa Saúde na Escola; grupo antitabagismo, *Lianggong*, grupo de ginástica terapêutica, de origem chinesa desenvolvida para prevenir e tratar dores crônicas no corpo, grupo de reeducação alimentar).

Os principais problemas de saúde relacionados ao processo de trabalho da equipe dizem respeito a: falta de comunicação adequada entre os membros da equipe, atendimento de muitos pacientes por demanda espontânea em detrimento daqueles com consulta agendada, baixo índice de comparecimento dos profissionais nas reuniões de equipe, fraca interação dos diferentes setores da saúde, dificultando a abordagem multidisciplinar do paciente, envolvimento da vida pessoal dos profissionais que compõem a equipe com a vida profissional, falta de planejamento das ações a serem realizadas, visando promoção e manutenção da saúde da população adscrita.

### **1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida que possibilitou o levantamento dos problemas mais prevalentes e urgentes encontrados na comunidade Rubi. Eles estão listados abaixo:

- Falta de comunicação e comprometimento dos profissionais de saúde;
- Grande número de hipertensos e diabéticos mal controlados;
- Grande número de tabagistas;
- Grande número de vagas destinadas a demanda espontânea em detrimento das consultas agendadas;
- Incipiência das ações de educação continuada para todos os profissionais de saúde;
- Falta de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para realizarem atendimento de urgências básicas.

### **1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)**

Após a identificação dos problemas, eles foram discutidos em reunião de equipe e foram avaliados os que trazem maior prejuízo para a saúde da comunidade.

Como a equipe não tem condições de resolver todos os problemas de uma só vez, por motivos financeiros e recursos humanos, resolveu priorizá-los. Para isso, analisamos os problemas de acordo com os critérios abordados por Faria, Campos e Santos (2017) que são:

- A importância do problema atribuindo valores “alto, médio ou baixo”;
- Sua urgência distribuindo pontos conforme sua urgência, de 1 e no máximo 30 pontos);
- Capacidade de enfrentamento. Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;
- Seleção numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

A equipe trabalhou na seleção ou priorização daquele problema que será enfrentado e que a equipe tem governabilidade sobre ele, portanto é viável.

**Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Rubi, município de Baldim, estado de Minas Gerais – 2018.**

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência** (0 a 10)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Grande número de pacientes hipertensos/ diabéticos mal controlados.	Alta	8	Parcial	1
Falta de capacitação dos profissionais da Atenção Básica para realizar atendimento de urgências básicas.	Alta	6	Parcial	2
Grande número de tabagistas	Alta	5	Parcial	3
Falta de comunicação e comprometimento dos profissionais de saúde.	Média	4	Total	4
Incipiência das ações de educação continuada para todos os profissionais de saúde.	Média	4	Parcial	5

Fonte: autoria própria (2018)

Legenda:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Como exposto no quadro, o problema de maior prioridade diz respeito ao grande número de pacientes hipertensos e diabéticos mal controlados (possui importância alta, urgência máxima e capacidade de enfrentamento parcial, uma vez que depende muito da colaboração dos pacientes e de sua capacidade de seguir orientações fornecidas pelos profissionais). Com relação aos outros problemas que foram listados na estimativa rápida, a equipe Rubi não tem governabilidade sobre eles que são:

- Ausência de médico no pronto atendimento;
- Grande rotatividade de médicos;
- Falta de estrutura física adequada para os atendimentos.

O problema priorizado foi o grande número de pacientes hipertensos e diabéticos mal controlados, que podemos deduzir ser devido à baixa adesão ao tratamento farmacológico e aos maus hábitos de vida. Este fato traz muita preocupação para a equipe em decorrência do número grande de pacientes com

pressão arterial descompensada e glicemia descontrolada que podem levar à internação hospitalar e mesmo ao aparecimento de complicações que podem ser irreversíveis, levando a sequelas graves e até ao óbito. Pretende-se, no primeiro momento, trabalhar neste projeto com os pacientes portadores das duas patologias: são hipertensos e diabéticos concomitantemente, de uma determinada micro área e, se o resultado for positivo, vamos estender o projeto de intervenção para os hipertensos/diabéticos de outras micro-áreas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado com o intuito de abordar um problema grave, que gera um número muito grande de internações hospitalares e óbitos anualmente, acarretando prejuízos enormes aos cofres públicos e onerando os gastos em saúde. Encontramos um número expressivo de pacientes portadores de hipertensão e diabetes concomitantemente, que não se cuidam em relação a tomar medicamentos adequadamente e seguir as orientações fornecidas pela equipe quanto a dieta e exercícios físicos regulares. Em decorrência disso, existem hipertensos/diabéticos descompensados, ou seja, acima dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde. Este fato gera muitas preocupações devido às complicações que essas duas patologias causam que, por vezes, podem ser irreversíveis, podendo levar ao óbito.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) que abordam que a HAS é uma doença de alta prevalência nacional e mundial.

[...] sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 234).

A hipertensão arterial é uma patologia que acomete milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A HAS pode ser causada por diferentes fatores de risco como estilo de vida inadequado e falta de exercícios físicos e pode gerar muitas complicações para a vida dos pacientes, as quais podem interferir no seu relacionamento social e lhes provocar alterações psicológicas e biológicas irreversíveis (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

Esses fatores de risco são igualmente comparados aos da diabetes. Com relação a Diabetes, em algumas situações, o diagnóstico é realizado a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2006).

Percebe-se que nas complicações crônicas relativas à doença, há riscos de haver o infarto agudo do miocárdio, complicações renais, retinopatia e neuropatia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Segundo Miranzi *et al.* (2008) no país, as doenças crônicas mais comuns são a 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.

As duas patologias são consideradas casos graves pela saúde pública. Logo, um paciente portador das duas patologias ao mesmo tempo deve ser acompanhado com bastante atenção, considerando que ele pode apresentar as complicações das duas. Todavia, pensando por outro lado, o tratamento de uma patologia (por exemplo dieta adequada, exercício físico e perda de peso) vai favorecer tanto a hipertensão quanto a diabetes e só depende da sensibilização e adesão do paciente.

As questões sociais e as mudanças no âmbito emocional e psíquico das pessoas vêm 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 atender os diversos contextos (GUIDONI *et al.*, 2009).

Logo, há necessidade de se trabalhar no sentido de analisar melhor as causas do mau controle pressórico e glicêmico dos pacientes hipertensos/diabéticos, traçar estratégias para que se consiga um controle adequado, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e reduzindo os gastos públicos com as complicações das doenças mal controladas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes hipertensos/diabéticos residentes na área de abrangência atendida pela equipe de saúde Rubi, na Estratégia de Saúde da Família Baldim, em Baldim, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Levantar o número de pacientes hipertensos/diabéticos não controlados;
- Propor mecanismo de monitoramento dos pacientes hipertensos/diabéticos, com aferições regulares da pressão arterial e glicemia capilar;
- Propor iniciativas para promover mudanças do estilo de vida;
- Aplicar metodologias que facilitem o aprendizado e contribuam para elevar o nível de instrução dos pacientes hipertensos/diabéticos em relação às patologias.



## 4 METODOLOGIA

Inicialmente a equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida que possibilitou o levantamento dos problemas mais prevalentes e urgentes encontrados na comunidade ESF Rubi. Para a elaboração do plano de intervenção foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES): identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações, de acordo com módulo: Planejamento, Avaliação e Programação das Ações em saúde de autoria de Faria, Campos e Santos (2017).

Foi necessário realizar uma revisão de literatura para subsidiar teoricamente o trabalho. Foram utilizados os principais *sítes* relacionados à saúde, como: *Scientific Electronic Library* (SciELO), PubMed / Medline, Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e publicações do Ministério de Saúde.

As citações e referências bibliográficas deste trabalho foram redigidas cumprindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e seguindo as orientações do Módulo de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso de autoria de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2018).

Para a definição das palavras-chave foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde publicado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2015).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), visa à reorganização da Atenção Básica no país por meio da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, ocorre uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, uma estratégia de reorientação operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS.

Silva, Silva e Bousso (2011) abordam que a ESF foi uma inovação muito bem-sucedida implementada pelo Sistema Único de Saúde. Merece destaque que depois da implementação da ESF, os profissionais passaram a atuar a partir de um modelo alicerçado no trabalho em equipe, propiciando o desenvolvimento de práticas que possibilitam o cuidado integral do paciente por meio do estabelecimento de vínculo, de acolhimento, de desenvolvimento de ações que visem prevenir e promover saúde, tratamento e reabilitação.

Acrescenta que sendo assim, a ESF objetiva a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), pautada no trabalho em equipe de forma a propiciar práticas de cuidado integral onde as famílias sejam priorizadas estabelecimento de vínculo entre o profissional e os usuários, além da boa acolhida e desenvolvimento de ações que visem prevenir e promover saúde, tratamento e reabilitação dos pacientes (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

De acordo com Almeida e Mishima (2001) o trabalho executado pela equipe de saúde é pautado numa interação social entre os trabalhadores e propicia a autonomia e a criatividade dos agentes, além de uma maior integração entre a equipe. Quanto ao trabalho coletivo desenvolvido pelos profissionais atuantes no âmbito da saúde, na atual conjuntura, complementam:

[...] Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150 - 151).

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2003) dá destaque as práticas da ESF, que têm como foco de trabalho com a família, por meio de ações de caráter preventivo. Enfoca que essas práticas devem acontecer para além da simples intervenção médica, ou seja, deve ser pautada na busca pela integração e vínculo com os usuários, por meio de uma atuação interdisciplinar dos profissionais.

Na ESF estão previstas visitas domiciliares, as quais propiciam aos profissionais de saúde o conhecimento da realidade vivenciada pela população, assim como o estabelecimento de vínculos entre estes profissionais e a comunidade assistida por eles (BRASIL, 2012).

[...] Na ESF considera-se necessários diversos itens para o funcionamento das equipes, além da existência de equipe multiprofissional, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012, p. 80).

A ESF é considerada como a porta de entrada para o sistema de saúde, porque está mais próxima da população e está aberta para acolher o paciente com todas suas queixas e necessidades. Por meio do vínculo os pacientes depositam suas angústias, anseios e problemas que na maioria das vezes estão relacionados com a família (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Profissionais da saúde precisam se instrumentalizar, direcionando seu olhar para compreensão da funcionalidade da família como um componente muito importante no “planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico” (ALVARENGA *et al.*, 2011.sp.).

## **5.2 Atenção Primária à Saúde**

Matta e Morosini (2009.p.35) na publicação “Atenção Primária a Saúde” apresentam a APS como uma estratégia de organização da atenção voltada para responder “de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.”

A estratégia de configuração da APS no Brasil é a saúde da família que tem recebido “incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção”.

[...] A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe. Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 35).

Lavras (2011), aborda que a APS no Brasil teve grandes avanços em sua organização desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, porém ainda existem grandes problemas a serem superados para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Esses problemas podem ser atribuídos à realidade de cada município ou de cada equipe.

O Ministério de Saúde deixa bem claro que para atingir o que está preconizado em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF), é importante que a equipe conheça a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação. Também é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento das condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais da área de abrangência para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes (FERNANDES; BACKES, 2010).

[...] Atenção Primária a Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de autarquia, responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a Atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 2005, p. 2).

### 5.3 Hipertensão Arterial: conceito, sinais e sintomas

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) abordam que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência nacional e mundial.

[...] sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 234).

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta. Com base em várias medições (determinação da pressão arterial), a hipertensão é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm Hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SBC, 2016, p. 70).

A hipertensão arterial é uma patologia que acomete milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

A HAS pode ser causada por diferentes fatores de risco como estilo de vida inadequado e falta de exercícios físicos e pode gerar muitas complicações para a vida dos pacientes, as quais podem interferir no seu relacionamento social e lhes provocar alterações psicológicas e biológicas irreversíveis (BRAND; SCHUH; GAYA 2013).

Esses fatores de risco são igualmente comparados aos da diabetes. Com relação a Diabetes, em algumas situações, o diagnóstico é realizado a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2006). Percebe-se que nas complicações crônicas relativas à doença, há riscos de haver o infarto agudo do miocárdio, complicações renais, retinopatia e neuropatia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão auto referida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo. De acordo com o estudo, as mulheres ainda continuam com maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial quando

comparado aos homens, tendo registrado 26,4% contra 21,7% para eles (BRASIL, 2019a, p. 1).

Em relação aos sintomas da hipertensão, é considerada assintomática, entretanto, quando a pressão sobe muito, os sintomas podem manifestar: “dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal” A pressão alta não tem cura, mas tem tratamento determinado pelo médico para cada paciente e pode ser controlada. Os medicamentos são oferecidos gratuitamente pelo SUS nas UBS e pela Farmácia Popular. “Para retirar os remédios, basta apresentar um documento de identidade com foto, CPF e receita médica dentro do prazo de validade, que são 120 dias. A receita pode ser emitida tanto por um profissional do SUS quanto por um médico que atende em hospitais ou clínicas privadas” (BVS, 2015, p. 1).

#### **5.4 Diabetes Mellitus: conceito, sinais e sintomas**

O diabetes, ou Diabetes Mellitus, é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo. O problema envolve o metabolismo da glicose no sangue, podendo ser apresentado de várias maneiras (SBEM, 2008, p. 1).

Quando ocorre a falência das células beta no pâncreas caracteriza o diabetes tipo 1, cuja frequência maior de acometimento é em crianças e adolescentes. “O diabetes tipo 2, cuja carga genética é bem maior, ocorre por resistência à ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes. Os principais sintomas do diabetes são: fome e sede excessiva e vontade de urinar várias vezes ao dia” (SBEM, 2008, p. 1).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2018, p. 1),

[...] Existe atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional. A melhor forma de prevenir é praticando atividades físicas regularmente, mantendo uma alimentação saudável e evitando consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Comportamentos saudáveis evitam não apenas o diabetes, mas outras doenças crônicas, como o câncer. A causa do tipo de diabetes ainda é desconhecida e a melhor forma de preveni-la é com práticas de vida saudáveis (alimentação, atividades físicas e evitando álcool, tabaco e outras drogas).

#### **5.5 Fatores de riscos para hipertensão arterial e diabetes e medidas preventivas**

A hipertensão pode ocorrer quando as artérias sofrem algum tipo de resistência, diminuindo sua capacidade de contração e dilatação, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (ALENCAR; GERALDO, 2013 citado por ESTRADA, 2016). Para que este fato ocorra, existem alguns fatores de riscos que aumentam sua probabilidade como herança dos pais em 90% dos casos, fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física. Além desses fatores de risco, é sabido que a incidência da pressão alta é maior na raça negra e em diabéticos, e aumenta com a idade (BRASIL, 2019a).

Além dos fatores genéticos e a ausência de hábitos saudáveis, existem outros fatores de risco que pode contribuir para o desenvolvimento do diabetes: diagnóstico de pré-diabetes, pressão alta, colesterol alto ou alterações na taxa de triglicérides no sangue, sobrepeso (principalmente se a gordura estiver concentrada em volta da cintura), pais, irmãos ou parentes próximos com diabetes, doenças renais crônicas, mulher que deu à luz criança com mais de 4kg, diabetes gestacional, síndrome de ovários policísticos, diagnóstico de distúrbios psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar; apneia do sono; uso de medicamentos da classe dos glicocorticoides) (BRASIL, 2019b).

Sabe-se além desses fatores de risco, a incidência da hipertensão aumenta com o processo de envelhecimento (a tendência é aumentar com a idade). Isso porque as artérias com o passar do tempo começam a ficar envelhecidas, enrijecidas, perdendo a capacidade de dilatação. Com isso a hipertensão arterial é mais fácil de acontecer, em 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos (ALENCAR; GERALDO, 2016).

Existem medidas preventivas para evitar o aparecimento da hipertensão arterial e diabetes, como também para manutenção dos seus níveis normalizados como preconizados pelo Ministério da Saúde.

Conforme Brasil (2019a) e Aziz (2014) para melhor controle da hipertensão arterial e diabetes, além dos medicamentos disponíveis atualmente, é imprescindível adotar um estilo de vida saudável. As modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e diabetes.

- Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares;
- Comer diariamente verduras, legumes e, pelo menos, três porções de frutas;
- Reduzir o consumo de sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos;
- Reduzir o consumo açúcar, carboidratos e gorduras;
- Parar de fumar;
- Praticar exercícios físicos regularmente, (pelo menos 30 minutos todos os dias);
- Aproveitar momentos de lazer;
- Moderar o consumo de álcool;
- Diminuir o consumo de doces e carboidratos;
- Usar adoçantes;

O incentivo para uma alimentação saudável e balanceada e a prática de atividades físicas é prioridade do Governo Federal. “Checar a pressão arterial e fazer exames médicos de rotina, em especial, após os 40 anos de idade” (CARDOSO, 2016, p. 17). Estas recomendações devem ser adequadamente abordadas pelos profissionais de saúde incentivando sempre os pacientes para que ocorram as modificações do estilo de vida.

## **5.6 Dificuldade de adesão dos pacientes aos tratamentos**

Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais da área da saúde é a manutenção adequada do uso de medicamentos pelos pacientes. Este fato pode ser gerado pelos cursos assintomáticos da hipertensão arterial sistêmica como também da diabetes e, neste sentido, ocorre uma demora nos seus diagnósticos e tratamentos. Soma-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.

Na literatura consultada sobre a não adesão do paciente ao tratamento, ela está relacionada a vários fatores tais como: características individuais do paciente, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e os serviços de saúde, entre outros (TAVARES *et al.*, 2016).

Para DiMatteo (2004) citado por Tavares *et al.* (2016, p.1) o paciente pode ter dificuldades no uso regular dos medicamentos pela grande quantidade de medicamentos, pela baixa escolaridade, pela ausência de sintomas visíveis e pelas



várias administrações diárias. “A relação entre fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, e adesão ao tratamento é amplamente investigada e estudos prévios encontraram associação entre essas variáveis e a adesão, principalmente em doenças crônicas”

Com relação a hipertensão arterial, podem-se citar os seguintes motivos que dificultam a adesão ao tratamento:

- a) fase inicial assintomática;
- b) uso de medicamento somente quando pensam que a pressão está elevada (relacionam o aumento a sintomas que creem ser ligados à HAS, como cefaleia, náuseas, ou quando “ficam nervosos”);
- c) impressão de cura com conseqüente abandono dos fármacos, quando, na realidade, a pressão está controlada;
- d) desgosto de ter de tomar remédios continuamente, de ser “dependentes” deles;
- e) sintomas adversos dos fármacos como disfunção erétil e tosse;
- f) dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato de os familiares terem de se habituar a ela;
- g) necessidade de consultas médicas mensais para fornecimento de prescrições para a retirada do medicamento na unidade de saúde;
- h) falta de medicamento gratuito na unidade de saúde, em algumas instâncias;
- i) alguns pacientes ficam “escravos” dos horários da administração de medicamentos, o que dificulta sua rotina diária (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

O SUS fornece gratuitamente para os pacientes um elenco de medicamentos essenciais para o tratamento das doenças crônicas (TAVARES et al., 2016). Entretanto, o estudo “Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal” realizado por Mendes (2014) encontrou baixa disponibilidade de medicamentos.

Também estão associados a não adesão ao tratamento a quantidade de medicamentos prescritos, complexidade do esquema terapêutico e os efeitos colaterais (PRADO; KUPEK; JR, 2007).

Podem-se considerar estes fatores apresentados como importantes preditores negativos da adesão ao tratamento.

## **5.7 Ações educativas no atendimento dos pacientes hipertensos/diabéticos**

Um desafio da ESF é controlar a HAS e o DM, tanto por sua prevalência, como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. O apoio aos usuários no gerenciamento do adoecimento crônico por meio da educação em saúde é um dos papéis da equipe no controle desses problemas (MENDES, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) conceitua a educação em saúde como o diálogo entre profissionais e pacientes, permitindo a construção de saberes e aumentando a autonomia dos indivíduos no seu cuidado. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o ponto de atenção de maior complexidade no SUS por se basear em tecnologias cognitivas dirigidas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É o local mais indicado para a prática educativa (MENDES, 2012; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Os profissionais de saúde da família estão buscando incorporar habilidades educativas, essenciais ao desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com o modelo de atenção às doenças crônicas, com o propósito de estabelecer o compartilhamento de conhecimentos e a transformação da realidade (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012). Toda ação educativa realizada expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas, permitindo gerar mudanças (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009; ALVES, 2005).

A educação em saúde é uma estratégia que possibilita escolhas conscientes dos pacientes, considerando-se os saberes da população, com o objetivo de refletir a autonomia e favorecer um cuidado dirigido para suas reais necessidades (FERNANDES; BACKES, 2010).

A abordagem educativa deve fundamentar-se em uma visão totalizante do indivíduo, compreendendo-o como ser biopsicossocial para que se possa ir além da patologia e de seus sofrimentos, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes (ALVES, 2005).

Almeida, Moutinho e Leite (2014.p.336) realizaram um estudo qualitativo cujo objetivo foi analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos, no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Evidenciou-se que a educação em saúde, segundo os usuários, é voltada para aspectos de qualidade de vida, promoção de hábitos saudáveis e, ao mesmo tempo, exposições de cuidados específicos e normatizados para determinadas patologias. Constatou-se a troca de experiências entre os

usuários, demonstrando que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico. Também, é perceptível que a educação promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si.

Na análise crítica dos discursos, observam-se técnicas pedagógicas nos grupos de educação em saúde, a exemplo das afetivo- -participativas, recursos audiovisuais e diálogo como formas de estimular a participação do usuário (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014.p.336).

Pelo exposto concluímos que abordagem educativa traz benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Ao se desenvolver um plano de intervenção, é possível analisar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado segundo Faria, Campos e Santos (2017)

Este plano foi elaborado utilizando os passos do PES: identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações. O PES tem a proposta de um processo participativo possibilitando a incorporação de idéias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

Faria, Campos e Santos (2017) abordam que é preciso compreender o problema e saber caracterizá-lo para descrevê-lo melhor. Os dois primeiros passos foram contemplados na introdução.

Para compreendermos melhor vamos definir o que é um problema em saúde. Ele apresenta a dificuldade que a equipe de saúde deseja resolver. A problematização também pode ser descrita como o “ponto de partida” de toda estrutura de conteúdo que será montada para a pesquisa como descrito por Faria, Campos e Santos (2017).

Construir e definir um problema de pesquisa é a solução para o trabalho de conclusão de curso, porque a problemática serve de base para determinar os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Segundo informações do e-SUS (Relatório de Cadastro Individual): foram contabilizados 136 hipertensos na comunidade Rubi, Baldim – MG (correspondendo a 17,6% da população entrevistada. 287 alegaram que não possuem a doença e 350 não sabem informar). Com relação aos diabéticos, foram detectados 47 na comunidade Rubi, Baldim – MG (correspondendo a 5,3% da população 346 alegaram que não possuem a doença e 386 não sabem informar). Dessas pessoas, poucas comparecem às consultas agendadas para cuidado continuado/programado e, boa parcela das que comparecem, não obtém bons controles pressóricos e/ou glicêmicos. Em Baldim não há opções de atividades físicas gratuitas, logo a maioria

da população é sedentária. A população também é muito carente e não possui condições financeiras para manter uma dieta saudável e adequada. Os grupos operativos são escassos e não contam com atividades bem planejadas, desmotivando os participantes.

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

A população possui baixo nível de escolaridade e muitas vezes não compreende as orientações passadas em consulta como uso correto de medicações ou mudanças no estilo de vida. A população é muito carente e, quando um medicamento está em falta na farmácia do Sistema Único de Saúde (SUS) (fato de acontece com frequência), os pacientes ficam sem usá-lo (ou por realmente não possuírem dinheiro para comprar a medicação ou por não priorizar sua compra em detrimento de outros gastos). A prefeitura não disponibiliza opções de atividade física gratuita. Muitos não possuem condição financeira para adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Os grupos operativos não contam com atividades bem planejadas e eficazes.

## **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

O problema tem uma ou várias causas que devem ser analisadas e compreendidas para serem enfrentadas, gerando, assim, resolução para tal problema que tanto inquieta a equipe de saúde. Também esclarecem que as causas (chamados de nós críticos) devem estar dentro do espaço de governabilidade do ator do projeto. Para os autores o nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

Os nós críticos selecionados pela equipe de saúde na elaboração desse plano de ação foram:

- Má comunicação entre a equipe de saúde e a população;
- Hábitos e estilo de vida inadequados dos hipertensos/diabéticos;
- Baixo nível de informação da população sobre as patologias: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus;
- Deficiência no planejamento das atividades dos grupos operativos.

#### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

Faria, Campos e Santos (2017) definem operações como conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Elas consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. São previamente desenhadas para dar suporte ao enfrentamento dos nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida, identificar os recursos necessários para a concretização das operações e, conseqüentemente, resolução do problema, o prazo de execução de cada projeto, o responsável, como será feito o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações.

Seguem-se os quadros detalhando as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema priorizado “Grande número de hipertensos/diabéticos mal controlados” na área de abrangência sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, município de Baldim, Minas Gerais.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “Grande número de hipertensos/ diabéticos mal controlados” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados dos pacientes hipertensos/diabéticos
<b>Operações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar grupos de acordo com primeira micro-área a ser atendida (participação da nutricionista)</li> <li>-Avaliar o nível de informação da população sobre hábitos de vida adequados utilizando jogos interativos.</li> <li>- Promover discussão em grupo com a nutricionista sobre uma alimentação saudável.</li> <li>- Utilizar jogos educativos para trabalhar os temas alcoolismo e tabagismo com a psicóloga.</li> <li>- Praticar atividades físicas e grupo de recreação com o profissional de educação física.</li> <li>-Abordar nos grupos os riscos elevados sobre os aspectos negativos de viver com maus hábitos alimentares.</li> <li>-Orientar os pacientes nas consultas e em atividades de grupo sobre a importância do autocuidado.</li> </ul>
<b>Projeto</b>	<b>Vida + saudável</b>
<b>Resultados esperados</b>	Pacientes imponderados de conhecimentos e sensibilizados para aderir às modificações de hábitos e estilos de vida saudáveis. Prática regular de atividades físicas, com o profissional de educação física.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de atividade física orientada funcionando; Campanha educativa.
<b>Recursos necessários</b>	<p><b>Organizacional:</b> para organizar o cronograma de atividades a serem realizadas. Organizar as agendas dos profissionais para participarem das atividades programadas.</p> <p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Político:</b> apoio do gestor.</p> <p><b>Financeiro:</b> avaliar possibilidade de contratação de um profissional de educação física e material para as atividades físicas.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Político: divulgação dos programas propostos (meios de comunicação de massa locais).</p> <p>Financeiro: avaliar possibilidade de contratação de um de educação física e material para as atividades físicas.</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médica, nutricionista e profissional de educação física são favoráveis Secretaria Municipal de Saúde – desfavorável
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar e discutir o projeto com a Secretaria Municipal de Saúde. Médica, nutricionista e profissional de educação física não necessitam de ações estratégicas.
<b>Prazo</b>	Três meses para início das atividades.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Diretamente serão responsáveis pelo acompanhamento das operações os profissionais que estão diretamente ligados ao projeto. Reuniões quinzenais para discutir o desenvolvimento do projeto e os encaminhamentos necessários.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Médica, nutricionista e profissional de educação física serão responsáveis pelo processo de monitoramento e avaliação das operações com o apoio dos ACS. A avaliação parcial vai ser logo após cada atividade. A avaliação global será ao longo do atendimento.

Fonte: autoria própria, 2019.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “baixo nível de instrução da população”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, estado de Minas Gerais, 2019.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixo nível de informação da população sobre as patologias hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
<b>Operação</b>	-Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica e diabetes seus os fatores de risco, complicações e tratamento e prevenção. -Organização de grupos de pacientes hipertensos/diabéticos quinzenalmente. -Realização de rodas de conversas informativas e participativas. -Dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos - Orientar os pacientes para marcarem as consultas antes do medicamento acabar e seu uso conforme prescrição médica. -Alertar para seguir as orientações dadas pelos profissionais. - Orientar os pacientes da importância da avaliação médica e periódica.
<b>Projeto</b>	<b>“Educação para salvar vidas”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Conscientização da população a respeito das medidas que modificam o curso da doença (HAS).
<b>Produtos esperados</b>	População informada sobre a hipertensão arterial, diabetes seus fatores de risco, complicações e tratamento. Pacientes imponderados de conhecimento mais responsáveis com seu tratamento e maior adesão ao tratamento consequentemente diminuição dos níveis pressóricos e glicêmicos
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organizar as agendas dos profissionais para participarem das atividades. Elaborar a programação das atividades. Cognitivo: informações sobre curso das doenças e como alterá-lo. Orientações dietéticas e sobre os benefícios da atividade física regular. Político: obtenção de espaço nos meios de comunicação locais para convocar a população. Financeiro: confecção de pôsteres e panfletos informativos.
<b>Recursos críticos</b>	Político: obtenção de espaço nos meios de comunicação locais para convocar a população. Financeiro: confecção de pôsteres e panfletos informativos.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Saúde – favorável Médica, nutricionista e profissional de educação física – favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	Não necessita utilizar nenhuma ação estratégica motivacional porque os profissionais envolvidos no projeto estão favoráveis.
<b>Prazo</b>	Um mês para início das atividades (confecção de material informativo e planejamento das atividades e palestras a serem apresentadas a população).
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	A equipe envolvida vai acompanhar o desenvolvimento das ações e sugerir modificações se necessário.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações.</b>	Os profissionais envolvidos diretamente no projeto vão monitorar e avaliar.

Fonte: autoria própria, 2019.



**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Deficiência no planejamento das atividades dos grupos operativos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rubi, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.**

<b>Nó crítico 3</b>	Deficiência no planejamento das atividades dos grupos operativos.
<b>Operação</b>	-Organizar e planejar as atividades dos grupos operativos antecipadamente, discutir em reunião da equipe acatar as sugestões se forem viáveis. -Solicitar aos ACS uma divulgação em suas micro áreas.
<b>Projeto</b>	<b>“Com saúde não se brinca”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a participação popular nos grupos operativos; gerar maior aderência da população às orientações fornecidas pelos profissionais da saúde. Gerar maior interesse da população em participar e ser assídua nas reuniões do grupo.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos operativos maiores, com reuniões regulares e atividades bem planejadas, jogos interativos, rodas de conversas e outras estratégias que chame a atenção da população.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: planejamento das atividades dos grupos operativos, incluindo palestras de profissionais de diversas áreas. Cognitivo: informações sobre uso correto das medicações, importância da atividade física e do acompanhamento ambulatorial (na UBS). Orientar sinais e sintomas que carecem de atendimento de urgência ou emergência versus consulta em caráter ambulatorial. Político: providenciar espaço físico para funcionamento dos grupos. Financeiro: material realização das dinâmicas de grupo (por ex. balões, canetas, papel, dentre outros necessários para realizar as atividades).
<b>Recursos críticos</b>	Político: providenciar espaço físico para funcionamento dos grupos. Financeiro: material para realização das dinâmicas de grupo (por ex. balões, canetas, papel, dentre outros necessários para realizar as atividades).
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Saúde – favorável Equipe de saúde –favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto na reunião mensal da equipe. Programar palestras, confeccionar panfletos, banners e demais materiais informativos sobre o tema. Organizar encontros regulares (entre profissionais da saúde e pacientes hipertensos), com cronograma bem organizado e atividades dinâmicas para atrair o público alvo.
<b>Prazo</b>	Dois meses para início das atividades (organização e divulgação dos grupos e das atividades que serão realizadas neles).
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica e enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações.</b>	Médica e enfermeira

Fonte: autoria própria, 2019.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhoria no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes hipertensos/diabéticos, que, quando não estão controlados, produzem consequências patológicas que provocam limitações na vida das pessoas.

As UBS funcionam como porta de entrada para o acolhimento de todas as queixas dos usuários buscando uma ação resolutiva e têm como objetivo promover saúde e prevenir o adoecimento da população.

Espera-se que os resultados das atividades propostas neste plano de intervenção possam, de fato, conscientizar os usuários e suas famílias, tornando esses núcleos disseminadores do aprendizado em relação às consequências da hipertensão arterial e da diabetes não controladas na vida diária das pessoas, sendo mais graves no caso da nossa população alvo, que é hipertensa e diabética ao mesmo tempo.

Busca-se a eficácia na prevenção/redução da hipertensão e diabetes e suas complicações. As equipes de saúde da família são essencialmente importantes no tratamento e controle da hipertensão arterial e diabetes, tanto na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, como na persistência de manter as orientações e incentivos no uso adequado dos medicamentos e também nos esforços requeridos para informar e educar os pacientes.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso\diabético. É de fundamental importância utilizar ações educativas, implementando pedagogias inovadoras que facilitam a aprendizagem do paciente e modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas (individuais e coletivas), levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, P. A.; GERALDO, P. A. M. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 101 n. 3. São Paulo. Setembro. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013002900020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013002900020)
- ALENCAR P. A.; GERALDO P. A. M. **Minha Vida. HIPERTENSÃO**. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/hipertensao.2016>
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 5, n. 9, p. 150 - 153, 2001. Acesso em: 30 Jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE. M. T. DE S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos **Saúde debate** v.38, n.101. Rio de Janeiro Apr./June .2014 <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140030>.
- ALVARENGA, M.R. M, *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 16, p.09, 2011. [online].. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, jul./set. 2005.
- AZIZ, J. L Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v, 21,n.3: [08 telas] maio-jun. 2013 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- BALDIM: Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Baldim 2014-2017**. Baldim, 2019. p. 01 a 81.
- BRAND, C.; SCHUH, L. X.; GAYA, A. R. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. **Cinergis** v. 14, n. 3, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica, 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde,

2019a. Acesso em: 02 Jun. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus): Sintomas, Causas e Tratamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Acesso em: 02 Jun. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>.

\_\_\_\_\_. 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.

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 10 Jun. 2019. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2080>.

CARDOSO, M. Infarto do miocárdio. **Info Escola**. 2016. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/infarto-do-miocardio/>

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS. M.; SOUZA, M. S. de L.; **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 79p.

DIMATTEO, M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**. v. 42, n.3, p. 200-9, 2004. DOI:10.1097/01.mlr.00001149.

ESTRADA K.H. **Intervenção educativa para diminuir a morbidez dos pacientes hipertensos da Ubs Mont Serrat no Município de Varginha/Minas Gerais**. Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2016

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG 2017. Acesso em: 28 Jun. 2019. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_\\_avaliacao\\_e\\_programacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude/645](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento__avaliacao_e_programacao_das_acoes_de_saude/645).

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

GUIDONI, C. M.; OLIVERA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. R. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Braz. J. Pharm. Sci.** v.45, n.1. São Paulo, Jan./Mar. 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2017b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/baldim/panorama>. Acesso em: 15 Jun. 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Coletiva** v. 2. Unicamp: Campinas SP, 2011.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**. v.2,n.7, p. 165-176, 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M,G, V. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

MENDES, L.V. *et al.* Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Debate**. v.38, n. spe, p:109-23. 2014; DOI:10.5935/0103-1104.2014S009.

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.

MIRANZI, S. S. C.*et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm**. v.17, n.4, pp.672-679, 2008. ISSN 0104-0707. Acesso em: 10 Jun. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400007&script=sci_abstract&lng=pt).

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas um Investimento Vital**. Geneva: 2005. Acesso em: 01 Jun. 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>.

PRADO, J.C. J.R .; KUPEK, E.; MION, D. JR. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Hum Hypertens**. v. 21, n.7, p.579-84, 2007. DOI:10.1038/sj.jhh.1002196.

SILVA, M. C. L. dos S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45, n.5,p:1250-5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>. Acesso em: 30 Jun. 2019.

SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1453-1462, set./out. 2009. [ [Links](#) ].

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. v.89, n.3. São Paulo. Sept. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras Cardiol**. V. 107, n. 3, Suplemento 3, Set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2018.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**. v. 47, n.6, p.1-9, 2016.  
DOI:10.1590/S0034-8910.2013047004834.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n.2, p:233-238. 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.