

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

RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SÃO JOÃO
DA CHAPADA MUNICÍPIO DE DIAMANTINA MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2020

RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SÃO JOÃO
DA CHAPADA MUNICÍPIO DE DIAMANTINA MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2020

RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SÃO JOÃO
DA CHAPADA MUNICÍPIO DE DIAMANTINA MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora) -UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2020.



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 12 dias do mês de Setembro 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 **RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES** intitulado PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SÃO JOÃO DA CHAPADA MUNICÍPIO DE DIAMANTINA 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: Dra. FERNANDA PIANA SANTOS LIMA DE OLIVEIRA e Profa. Dra. ELIANA APARECIDA VILLA. O TCC foi aprovado com a nota 83.

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

Belo Horizonte, 04 de maio de 2022.

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



Documento assinado eletronicamente por **Tarcisio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 09/05/2022, às 15:24, 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, informando o código verificador **1430514** e o código CRC **8B3437B0**.

RESUMO

O aumento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e no mundo tem se tornado um grande problema de saúde pública. Dentre elas, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, associadas aos elevados índices de morbimortalidade em toda a população. Devido ao fato de seu curso clínico poder mudar ao longo do tempo, essas doenças podem gerar incapacidades e possíveis complicações. Este estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de condições crônicas da população adscrita. Busca-se assim, promover uma melhora no bem-estar geral dessa população, bem como no prognóstico dos pacientes da Unidade Básica de Saúde São João da Chapada, município de Diamantina. O embasamento teórico nos artigos científicos publicados, foi realizado por meio de uma investigação sistematizada na literatura em sites de busca, como: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, edições do Ministério da Saúde, entre outros. O plano de intervenção foi confeccionado seguindo-se os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Na intervenção, pretende-se aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabete melitus, dos pacientes da unidade São João da Chapada, com o desenvolvimento de atividades educativas por meio de palestras, rodas de conversas e trocas de experiências. Espera-se, desse modo, obter resultados positivos com as mudanças abordadas no grupo, evitar complicações futuras e melhorar a adesão dos pacientes, promovendo assim, uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The increase in chronic non-communicable diseases in Brazil and in the world has become a major public health problem. Among them, systemic arterial hypertension and diabetes mellitus stand out, associated with high rates of morbidity and mortality in the entire population. Because their clinical course may change over time, these diseases can lead to disabilities and possible complications. This study aims to present an intervention proposal to improve adherence to the treatment of chronic conditions in the population enrolled. Thus, it seeks to promote an improvement in the general well-being of this population, as well as in the prognosis of patients in the Basic Health Unit São João da Chapada, in the city of Diamantina. The theoretical basis in the published scientific articles was carried out through a systematic investigation in the literature on search sites, such as: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, editions of the Ministry of Health, among others . The intervention plan was prepared following the steps of the Situational Strategic Planning. In the intervention, it is intended to increase adherence to the treatment of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, of patients at the São João da Chapada unit, with the development of educational activities through lectures, rounds of conversations and exchange of experiences. It is hoped, therefore, to obtain positive results with the changes addressed in the group, to avoid future complications and to improve patient compliance, thus promoting a better quality of life.

Key words: Primary Health Care. Chronic Disease. Diabetes Mellitus. Hypertension. Family Health Strategy. Comprehensive Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Aspectos gerais do município	7
1.2 Aspectos da comunidade	7
1.3 O sistema municipal de saúde	8
1.4 A Unidade Básica de Saúde São Joao da Chapada	8
1.5 A Equipe de Saúde da Família Sol, da Unidade Básica de Saúde São Joao da Chapada	9
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Sol	10
1.7 O dia a dia da equipe Sol	10
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	10
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 Doenças Crônicas	16
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	17
5.3 Importância da adesão ao tratamento	18
6 PLANO DE AÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Diamantina é uma cidade com 47.617 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2018). Localiza-se na Mesorregião do Jequitinhonha, com sede a 285 km de distância da capital de Belo Horizonte. A cidade está situada a uma altitude média de 1.280 m, emoldurada pela Serra dos Cristais, na região do Alto Jequitinhonha.

O perfil da economia da cidade mudou muito rápido devido à forte expansão da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, no fim da primeira década de 2000, que acabou por se tornar o motor da economia do município. Atualmente possui 26 cursos de graduação, 23 cursos de pós-graduação e cerca de 1200 servidores e 12000 alunos.

A sociedade diamantinense, até certo ponto tradicional, ainda encontra dificuldades em se adaptar à nova dinâmica imposta pela chegada de uma população jovem e com diminutas “raízes” com as tradições locais. Entretanto, a economia de Diamantina ainda está muito ligada ao turismo, a maior parte do intenso fluxo turístico focado na arquitetura e importância histórica, o município possui um rico e variado ecossistema em seu entorno, com cachoeiras, trilhas seculares e uma enorme área de mata nativa, que teve a felicidade de ser protegida com a criação de Parques Estaduais. A cidade é um dos destinos da Estrada Real, um dos roteiros culturais e turísticos mais ricos do Brasil, e faz parte do circuito turístico dos Diamantes.

1.2 Aspectos da comunidade

São João da Chapada é um distrito do município brasileiro de Diamantina, no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população para o ano de 2018 era de 1 968 habitantes, sendo 885 homens e 1083 mulheres, possuindo um total de 852 domicílios particulares, onde se localiza a sede da equipe básica de saúde. Próximo a São Joao da Chapada, tem- se alguns povoados como Macacos, Bandeirinha, Sopa, Guinda, Morrinhos, Ribeirão de Areia, Quartel do Indaiá e Macacos. Destaco a comunidade de Quartel do Indaiá, uma comunidade quilombola cadastrada.

A população dessa comunidade apresenta modo de vida tradicional, com fortes características regionais marcadas pelo garimpo proveniente de Diamantina. Contam com serviços básicos de coleta de lixo, rede de esgoto e saneamento básico, possuindo também escolas, creches, igrejas, dentre outros recursos essenciais.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de São João da Chapada recebe transferências de aproximadamente 16 milhões de reais ao ano, com um gasto anual per capita de aproximadamente mil e duzentos reais.

Possui serviços de atenção primária e atenção especializada operantes, que geram grande partes dos gastos destinados a saúde do distrito. Conta ainda com outros serviços de apoio diagnóstico como a assistência farmacêutica e o serviço de vigilância em saúde.

Evidencia-se, como principais problemas encontrados relacionados a esse sistema, a sobrecarga dos recursos disponíveis e dos serviços em saúde, com reduzido investimento nos serviços de atenção primária, falta de capacitação profissional eficiente e indisponibilidade à população atendida de alguns recursos terapêuticos e diagnósticos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São Joao da Chapada

A Unidade de Saúde da Equipe de São João, que abriga a Equipe Sol, é uma casa própria, adaptada para exercer a função de uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, e mal conservada. Considera-se sua infraestrutura inadequada levando-se em conta a demanda e a população atendida por esta Unidade, visto que o espaço físico tem sido pouco aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, em horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não há espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé por longo período. Essa situação sempre é pautada nas discussões sobre humanização do atendimento. Além disso, não há sala disponível para realização de reuniões.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui, por abrangência 3 distritos e 6 comunidades que distam em até 60 km umas das outras, sendo estes lugares de difícil acesso e com alta demanda de serviços para apenas uma única equipe de saúde. Anteriormente essa abrangência era realizada por 3 equipes, gerando assim um acúmulo de funções a equipe de trabalho, sobrecarregando e dificultando o acesso integral dos usuários aos serviços de saúde oferecidos.

A equipe básica de saúde não é completa, visto que até então não possuía técnico de enfermagem disponível, problema que perdurou até dezembro de 2018. Com muita dificuldade, disponibilizou-se um técnico de enfermagem a esta equipe. Contudo, seu trabalho é destinado a apenas um povoado, continuando as demais sem a cobertura do profissional. Essa situação é complicada, pois impossibilita a execução da prática em saúde integral, com dificuldades, até mesmo, para o acompanhamento da pressão arterial e da glicemia capilar na unidade.

Para que esse serviço continue a ser oferecido adscrita, faz-se necessário que o médico da Unidade se desdobre para realizar tais procedimentos durante intervalo de consultas. Além disso, torna-se responsabilidade de tal profissional realizar curativos e a triagem dos pacientes. Nesse sentido, encontra-se disponível na equipe uma profissional de enfermagem, profissional que desenvolve um excelente trabalho, porém devido à sobrecarga do serviço, a fim de atender melhor a população, trabalha em localidades diferentes dentro da área de abrangência a fim de aumentar a cobertura ao máximo possível.

Evidencia-se, também, a falta frequente de insumos necessários para a prática em saúde, gerando uma tensão entre a equipe de saúde e o gestor municipal de saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Sol, da Unidade Básica de Saúde São Joao da Chapada

A Equipe Sol é formada por oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Sol

Os atendimentos são realizados de segunda a quinta-feira, sendo o atendimento médico realizado nas segundas e terças-feiras no distrito de São João da Chapada, quarta-feira no distrito Guinda e quinta-feira no distrito Sopa.

Não há disponibilidade de equipe básica completa, faltando técnicos em enfermagem. Compõe a equipe somente uma médica, uma enfermeira, que atualmente se encontra em licença médica e agentes comunitários de saúde. Dessa forma, o atendimento integral em saúde aos pacientes adscritos dessa região se encontra fortemente comprometido.

Assim, o trabalho intersetorial e em rede também fica comprometido pois não é sempre que o paciente encaminhado consegue ser atendido devido à sobrecarga da referência. Identifica-se também dificuldades no seguimento dos atendimentos, devido a deficiência do número de cotas de exames disponíveis, e também pelas crenças enraizadas da população adscrita que frequentemente preferem seguir outras recomendações não-médicas, como “benzer” e uso de senso comum para tal.

1.7 O dia a dia da equipe Sol

Geralmente, são realizadas nove consultas agendadas no período da manhã, e cinco consultas agendadas no período da tarde, e os demais horários destinados a demanda espontânea.

Atualmente, é realizado atendimento a demanda espontânea, que ocorre de forma intensa, onde infelizmente não é possível realizar o processo de triagem. Além disso são realizadas visitas domiciliares a pacientes acamados e domiciliados de acordo com solicitação de familiares.

Quanto aos projetos e grupos de pacientes, foi realizada tentativa de implementação do Hiperdia para controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, porém sem sucesso, devido à falta de profissionais na equipe para aplicação e baixa adesão do tratamento preconizado, por parte da população.

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

Através de estimativa rápida foram identificados os seguintes problemas de saúde na comunidade atendida:

- Sobrecarga dos serviços em saúde ofertados
- Investimento precário na atenção básica, com conseqüente sobrecarga dos serviços de atenção secundária e terciária.
- Falta de profissionais e capacitação profissional na equipe de saúde.
- Falta de alguns recursos terapêuticos e diagnósticos na unidade.
- Grande distância entre territórios da área de abrangência.
- Dados incompletos no sistema de informação em saúde.
- Falha na adesão da vacinação por adultos e idosos
- Condições de saneamento básico e descarte de lixo alarmantes para determinada parcela da população adscrita.
- Consideráveis taxas de evasão escolar e gravidez por menores de 18 anos.
- Dificuldade em implementação de equipes multidisciplinares no local, principalmente no seguimento de doenças crônicas, tabagismo, etilismo e saúde mental que atue em prevenção e tratamento.
- Falta de pronto atendimento próximo ao local.
- Organização ineficiente de horários para consulta com especialistas.
- Condições físicas inadequadas para atendimento em algumas subunidades
- Não possui creche no distrito.
- Altos índices de etilismo na população adscrita.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Sol, Unidade Básica de Saúde São João da Chapada, município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Dificuldade do controle e tratamento das doenças crônicas em função do aspecto	Alta	12	Total	1º

sociocultural do local.				
Acompanhamento de todas as subunidades por uma única equipe de saúde.	Alta	10	Fora	2°
Condições físicas inadequadas para atendimento em algumas subunidades	Média	8	Parcial	3°

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis são causadoras da maioria das mortes no mundo, e se tornou um sério problema de saúde pública, devido a importância de buscar estratégias para reduzir a prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida (AZEVEDO et al., 2013).

Muitos foram os problemas encontrados nos atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde, no distrito de São João da Chapada. Apesar de, frequentemente, serem encontrados problemas de alta e média gravidade, por vezes a capacidade de resolutividade, por parte da equipe de saúde é limitada, visto que em sua maioria dependem de instâncias maiores, externas ao funcionamento do serviço de saúde em si.

Dessa forma, devido a quantidade de problemas encontrados, parece-nos pertinente escolher atuar principalmente sobre o tratamento de condições crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, devido à alta gravidade do problema, à grande capacidade de enfrentamento por parte dos profissionais de saúde, bem como às contribuições para a qualidade de vida e prognóstico dos pacientes adscritos que essa intervenção representa. Assim, faz-se necessário realizar manejos nos serviços de saúde capazes de promover uma melhor aceitação das orientações em saúde por parte dos pacientes e desse modo, contribuir para adesão do tratamento dessas condições.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão ao tratamento de condições crônicas da população adscrita, e assim promover uma melhora no bem-estar geral dessa população bem como seu prognóstico.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Promover ações educativas a fim de conscientizar a população quanto a necessidade de tratamento adequado para essas condições.
- Orientar os demais profissionais de saúde da equipe quanto a importância da desmistificação de crenças que não contribuem para um melhor estado de saúde.
- Realizar intervenções no momento da consulta a fim de favorecer o tratamento adequado e o seguimento do acompanhamento de pacientes sob alto risco de complicações em saúde decorrente dessas condições.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria, Santos (2018).

Foram seguidos os dez passos para a elaboração do Plano de Intervenção, sendo eles: Primeiro passo: definição dos problemas; Segundo passo: priorização dos problemas; Terceiro passo: descrição do problema selecionado; Quarto passo: explicação do problema; Quinto passo: seleção dos “nós críticos”; Sexto passo: desenho das operações; Sétimo passo: identificação dos nós críticos; Oitavo passo: análise de viabilidade do plano; Nono passo: elaboração do plano operativo; Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento.

Foi realizada uma revisão bibliográfica, e uma busca sistematizada na literatura, utilizando os sites: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Crônicas

As doenças crônicas têm sido um assunto bastante discutido e debatido internacionalmente, devido a importância de buscar estratégias para reduzir a prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida. Estão associadas a múltiplas causas, de início gradual, com prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. O seu curso clínico pode mudar ao longo do tempo, podendo gerar incapacidades e com possíveis momentos de agudização (AZEVEDO *et al.*, 2013; BRASIL, 2013).

E as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são causadoras de quase 70% das mortes no mundo, causando, aproximadamente, 38 milhões de mortes por ano, sendo metade, acontecendo precocemente, em menores de 70 anos de idade, e sua grande maioria, em países de baixa e média renda. No Brasil, não é diferente, elas representam uma elevada carga de doença (MALTA; MERHY, 2010).

Dentre as DCNT destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), associadas aos elevados índices de morbimortalidade em toda a população. A DM e HA atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros, sendo a HAS mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (BRASIL, 2011).

As DCNT representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, e são responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

Vive-se uma epidemia de DCNT, o que tem provocado repercussões devastadoras tanto para os indivíduos, famílias e sociedade, por sobrecarregar os sistemas de saúde e gerar altos custos para o governo. Estudos tem mostrado que o aumento das DCNT está relacionado ao aumento dos principais fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, uso prejudicial do álcool e alimentação inadequada. Por isso, se faz importante trabalhar com estratégias e intervenções que reduzam os fatores de risco, e conseqüentemente resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (MALTA *et al.*, 2017).

Além do exposto, as DCNT são responsáveis por grande número de internações, e estão entre as principais causas de amputações, de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, além de causarem, também, perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava podendo levar até a morte (BRASIL, 2013).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

O predomínio de hipertensão é cerca do dobro entre os pacientes com diabetes, na comparação com indivíduos sem diabetes. Além disso, a hipertensão pode atingir 40% ou mais dos pacientes com diabetes (FREITAS; GARCIA, 2012).

A HAS é considerada uma síndrome cardiovascular progressiva que pode surgir a partir de diversos aspectos etiológicos. Atualmente, atinge grande parte da população mundial e se manifesta como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de Pressão Arterial (PA) elevados, associados a alterações hormonais e a fenômenos tróficos (GONZALEZ, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, em 2010, ela representa sério problema de saúde pública no Brasil, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É uma DCNT de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de doenças graves, como: doenças cerebrovasculares, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (RABETTI; FREITAS, 2011).

A HAS aparece associada a outras condições, como o diabetes e dislipidemias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. O Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos (MENDES *et al.*, 2011).

O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crônica e alterações do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes das alterações na produção e secreção no mecanismo de ação de insulina. A evolução

da doença, sem o tratamento ou controle glicêmico, pode acarretar complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas (retinopatia, nefropatia e neuropatia), além de maior risco para doenças cardíacas e cerebrovasculares, sendo, portanto, prioridade em saúde pública (GUIDONI *et al.*, 2009).

5.3 Importância da Adesão ao Tratamento

Deve-se avaliar os índices de qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas para se planejar estratégias de intervenção, para que seja possível identificar suas prioridades e contribuir com os programas de saúde para que executem ações efetivas e, assim, possibilite mais qualidade de vida aos usuários na atenção primária à saúde (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Os objetivos de um tratamento adequado para os usuários com uma condição crônica são de melhorar o seu estado funcional, minimizar os sintomas, controlar a dor, reduzir a deficiência, e prolongar a vida mediante prevenção secundária. Os médicos de família são peças-chaves, fundamentais, nessa assistência, devido aos vínculos com os pacientes e por poderem estabelecer prioridades para atender às necessidades, e assim promover uma boa qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2013).

As vantagens da adesão ao tratamento beneficiam os pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e todo o país. Ela faz com que o usuário passe a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa. A família pode dedicar-se a outras atividades e deixar de lado seu papel de cuidadora. O sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade (GOUVEIA, 2012).

Uma boa adesão a uma proposta terapêutica efetiva está associada a desfechos otimistas na saúde. Por isso, a importância de intervenções que promovam a adesão na prática clínica, como a abordagem centrada na pessoa, a prescrição racional de medicamentos e o manejo da poli farmácia (SANTOS *et al.*, 2013).

Conscientizar o usuário sobre as vantagens do tratamento medicamentoso, lhes proporciona segurança, ajuda-o a controlar a sua doença, a ter mais participação no seu autocuidado, melhorando sua adesão ao tratamento e beneficiando também outros serviços, pois diminui a assistência médica e gastos com complicações. A

adesão do paciente ao tratamento de uma doença representa que as ações propostas pelos profissionais de saúde foram efetivas (SANTOS *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento pode ser compreendida como um compromisso estabelecido entre o paciente e o profissional/equipe de saúde de colaborar ativamente na delimitação e na execução de um projeto terapêutico. Ou seja, é um processo dinâmico que envolve diferentes atores, com diferentes funções, em prol de um objetivo comum. Assim, o processo educativo deve motivar o indivíduo a adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para a mudança de hábitos, com o objetivo geral de melhorar a qualidade de vida (SEIDI *et al.*, 2007).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Compreende a dificuldade no tratamento e seguimento de pacientes com DCNT diante dos aspectos socioculturais da região, resultando em não-adesão medicamentosa.

6.2 Explicação do problema

Por se tratar de uma comunidade marcada por raízes tradicionais quilombolas, frequentemente as ações em saúde propostas pelos profissionais da saúde não são priorizadas, sendo que esse fato se torna evidente pela não-adesão ao tratamento medicamentoso. Os pacientes frequentemente substituem a medicação por suco de limão, suco de berinjela, chás e até por sessões com “benzedeira”. Acreditam que esses recursos são mais valiosos e levam a melhores resultados que os tratamentos convencionais, e por isso abandonam o uso de medicamentos necessários para controle das suas doenças de base e também o acompanhamento em saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

Devido à realidade encontrada na Unidade de Saúde, propõe-se um plano de intervenção para execução com os pacientes atendidos na comunidade, para que haja uma conscientização, quanto a importância da adesão do tratamento medicamentoso e acompanhamento em saúde. Para isso utilizar-se-á de intervenções constantes, com a finalidade de favorecer a educação desses pacientes, e assim o prognóstico e qualidade de vida deles. Assim, selecionou-se os seguintes nós críticos para o problema priorizado:

Nó crítico 1 - Desvalorização das ações em saúde propostas pela equipe de saúde Sol por parte da população de São João da Chapada frente ao tradicionalismo local.

Nó crítico 2 - Não-adesão ao tratamento medicamentoso preconizado pelas diretrizes vigentes para o tratamento de doenças crônicas, resultando em descontrole dessas condições, piora na qualidade de vida e um pior prognóstico para esses pacientes.

Nó crítico 3 - Perda de seguimento do acompanhamento em saúde, que leva ao abandono do tratamento, diminuindo a cobertura do ESF e com conseqüente sobrecarga dos serviços de atenção secundária e terciária que geram altos custos em saúde.

6.4 Desenho das operações

Os quadros apresentados a seguir sumarizam o desenho de operações para cada nó crítico anteriormente citado:

Quadro 2 - Operações sobre o nó crítico “Desvalorização das ações em saúde” relacionado ao problema “dificuldade no tratamento e seguimento de pacientes com doenças crônicas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São João da Chapada, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Desvalorização das ações em saúde
Operação (operações)	Realizar atividades socioeducativas de forma a atrair a população dessa comunidade a conhecer os serviços de saúde oferecidos, e a importância de seguir as ações propostas pelos profissionais de saúde.
Projeto	Valorize sua saúde
Resultados esperados	Conscientizar de forma efetiva a população local quanto a importância da saúde no controle de doenças e na promoção da qualidade de vida, remetendo aos planos de tratamento com evidência científica.
Produtos esperados	Conscientização efetiva da população atendida. Assistência de forma integral e humanizada os pacientes.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico, recursos humanos. Cognitivo: informações. Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos
Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões Cognitivo: informações. Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e médica.

Ações estratégicas	Apresentação das palestras para a população, apoio da Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	Mensalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretário de saúde e as Referências Técnicas de cada distrito.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Será construído um cronograma, com as datas e temas das discussões em cada encontro, sendo necessário a participação de todos, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

Fonte: Autoria Própria (2019).

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Não-adesão ao tratamento medicamentoso” relacionado ao problema “dificuldade no tratamento e seguimento de pacientes com doenças crônicas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São João da Chapada, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Não-adesão ao tratamento medicamentoso
Operação (operações)	Realizar a promoção de práticas integrativas em saúde na unidade, alertando sobre a contribuição do uso de medicamentos no processo de tratamento.
Projeto	O Tratamento correto é o melhor remédio!
Resultados esperados	Aumentar a adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Conscientizar os pacientes quanto ao uso correto de plantas medicinais na rotina diária e suas reais contribuições.
Produtos esperados	Desmistificar conhecimentos gerados pelo senso comum, propondo alternativas que não prejudiquem o tratamento medicamentoso. Assistência de forma integral e humanizada os pacientes.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico, recursos humanos. Cognitivo: informações. Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos
Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões Cognitivo: informações. Político: educação em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e médica.
Ações estratégicas	Apresentação das palestras para a população, apoio da Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	Mensalmente
Responsável (eis) pelo	Secretário de saúde e as Referências Técnicas.

acompanhamento das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Será construído um cronograma, com as datas e temas das discussões em cada encontro, sendo necessário a participação de todos, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

Fonte: Autoria Própria (2019).

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Perda de seguimento do acompanhamento em saúde” relacionado ao problema “dificuldade no tratamento e seguimento de pacientes com doenças crônicas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São João da Chapada, do município de Diamantina, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Perda de seguimento do acompanhamento em saúde
Operação (operações)	Abrir um turno na agenda das consultas agendadas da unidade para reavaliar os pacientes. Explicar ao paciente a importância de seguir o tratamento, e assim permanecer no acompanhamento.
Projeto	Retorno para reavaliação
Resultados esperados	Prestar uma assistência qualificada e humanizada, com reavaliações médicas periódicas mensais na unidade de saúde. Aumento da frequência nas consultas realizadas por profissionais de saúde, dando seguimento ao tratamento de condições crônicas.
Produtos esperados	Agenda implantada na unidade. Maior cobertura de pacientes do ESF, bem como melhora no prognóstico dos pacientes atendidos Realizar marcação pós-consulta e ligações telefônicas no dia anterior para lembrar o paciente de comparecer as consultas. Melhorar comunicação entre os serviços de referência e contra-referência.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda Cognitivo: orientações Político: sensibilização para a inclusão da atividade no trabalho da ESF.
Recursos críticos	Estrutural: organização da agenda Cognitivo: motivação Político: sensibilização para a inclusão da atividade no trabalho da ESF.
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro e médico da unidade.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto, apoio da equipe de saúde e articulação com o CAPS.
Prazo	Semanal
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiro e médico da unidade.

Processo de monitoramento e avaliação das operações	Os profissionais responsáveis verificarão a agenda todo início de semana para confirmar as avaliações dos pacientes.
--	--

Fonte: Autoria Própria (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT ainda são um sério problema de saúde pública, devido à grande prevalência de pacientes com HAS e DM. Apesar dos profissionais de saúde da Atenção Básica já realizarem estratégias para estimular a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento correto, muitos não têm conseguido sucesso na prática para efetivar a adesão do tratamento com as ações realizadas.

Com a implantação deste plano de ação, espera-se ter êxito e aumentar a adesão no tratamento de HAS e DM dos pacientes na UBS São João da Chapada, com o desenvolvimento de atividades educativas por meio de palestras, rodas de conversas e troca de experiências, a fim de obter resultados positivos com as mudanças abordadas no grupo.

Conclui-se, então, que devido se tratar de um problema de alta gravidade e de grande possibilidade de resolutividade pela equipe de saúde da família esta proposta de intervenção se faz necessária. É importante ressaltar que, para o sucesso dessas medidas é fundamental a participação de uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das atividades propostas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, Sept. 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Diamantina, Minas Gerais, [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 Nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 22 Nov. 2019.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 22 Nov. 2019.

FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; GARCIA, Leila Posenato. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 07-19, mar. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2019.

GUIDONI, C.M et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 45(1), 2009.

GONZALEZ, M. C. **Controle da Hipertensão Arterial: Desafio na Atenção Primária à Saúde**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro.

GOUVEIA, M.R. A importância da adesão ao tratamento pelos portadores de diabetes. **10º Congresso de Pós-Graduação**. 10ª Mostra Acadêmica UNIMEP, 23 a 25 out. 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2019.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000600020&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

RABETTI, A. C; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v; 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

SANTOS, M.V.R.; OLIVEIRA, D.C.; ARRAES, L.B.; OLIVEIRA, D.A.G.C. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.11, n.1, p. 56-61, jan./mar, 2013.

SEIDL, E.M.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2305-16, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016. Suplemento 3.