

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

**Pedro Batista de Oliveira Junior**

**CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**  
**EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MACEIÓ / ALAGOAS**

**2020**

**Pedro Batista de Oliveira Junior**

**CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS  
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Professora Dayseanne Costa Teixeira

**MACEIÓ / ALAGOAS**

**2020**

**Pedro Batista de Oliveira Junior**

**CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS  
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dayeanne Costa Teixeira

Banca examinadora

Professor (a). Nome - Instituição

Professor (a). Nome - Instituição

Aprovado em Maceió, em – de ----- de 2020.

Dedico este Projeto de Intervenção a equipe de saúde e aos usuários com DCNTs da Unidade Básica De Saúde Santo Antônio Da Boa Vista Branquinha Alagoas.

Agradeço a a equipe de saúde e aos usuários com DCNTs da Unidade Básica De Saúde Santo Antônio Boa Vista Branquinha Alagoas.

“Primum non nocere”.

## RESUMO

A proposta irá abordar problemas considerados comuns no território: hipertensão e diabetes. As doenças crônicas não transmissíveis representam atualmente cerca de 40% dos atendimentos realizados no território da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas. Cerca de 25% dos membros do território apresentam algum agravo como o diabetes e a hipertensão. Além disso há uma grande quantidade de fumantes, etilistas, tabagistas, obesos, que corroboram ainda mais com uma eventual complicação. O objetivo do trabalho é elaborar um Projeto de Intervenção que promova a prevenção e tratamento adequado aos pacientes de doenças crônicas não transmissíveis. O Projeto de Intervenção segue o disposto no Planejamento Estratégico Situacional e Método da Estimativa Rápida, seguindo os 10 passos e elaborando os nós críticos. As seleções dos pacientes serão através de troca de receitas, visitas domiciliares e fatores de risco. As ações serão executadas na própria unidade de saúde tanto com os membros selecionados quanto com a equipe de saúde. Serão utilizadas para direcionamento e norteamento dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, Scientific Electronic Library online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e documentos de órgãos públicos como, por exemplo, Ministério da Saúde (MS) e, Secretaria Municipal de Saúde. O período do levantamento será de 2000 a 2020. Deseja-se que com esta proposta possa haver um maior controle do diabetes e da hipertensão entre os usuários do território.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Diabetes. Doenças Crônicas. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The proposal will address problems considered common in the territory: hypertension and diabetes. Chronic noncommunicable diseases currently represent about 40% of the services provided in the territory of the Basic Health Unit Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas. Approximately 25% of the members of the territory have a condition such as diabetes and hypertension. In addition, there is a large number of smokers, alcoholics, smokers, obese, which further corroborate with an eventual complication. The objective of the work is to elaborate an Intervention Project that promotes the prevention and adequate treatment to patients of chronic non-communicable diseases. The Intervention Project follows the provisions of the Situational Strategic Planning and Rapid Estimation Method, following the 10 steps and elaborating the critical nodes. The selections of patients will be through exchange of prescriptions, home visits and risk factors. The actions will be carried out in the health unit itself with both the selected members and the health team. Data from the Nescon Virtual Health Library, Scientific Electronic Library online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and documents from public agencies, such as the Ministry of Health (MS) and the Secretariat, will be used to guide and guide data. Municipal de Saúde. The survey period will be from 2000 to 2020. It is hoped that with this proposal, greater control of diabetes and hypertension can be achieved among users in the territory.

**Keywords:** Hypertension. Diabetes. Chronic diseases. Health education.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

AVC Acidente Vascular Cerebral

CA Câncer

DCNT Doença Crônica Não Transmissível

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECG Eletrocardiograma

eSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano do Município

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LT Leishmaniose Tegumentar

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Assistência à Saúde da Família

OMS Organização Mundial da Saúde

PES Planejamento Estratégico Situacional

PIB Produto Interno Bruto

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SciELO Scientific Electronic Library Online

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Aspectos demográficos	14
Quadro 2. Aspectos epidemiológicos	15
Quadro 3. Cronograma de atendimento do Médico	18
Quadro 4. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, município de Branquinha, Estado de Alagoas	23
Quadro 5. Principais fármacos de uso oral para o controle do diabetes	31
Quadro 6. Administração de Insulina Regular (DM1)	36
Quadro 7. Antihipertensivos disponíveis	39
Quadro 8. Condições de Saúde e DCNTs	41
Quadro 9. Operações sobre o “nó crítico 1”: “ Equipe com baixa capacitação em relação à abordagem da obesidade e Hipertensão Arterial e Diabetes” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas	44
Quadro 10. Operações sobre o “nó crítico 2”: “Hábitos e estilos de vida inadequado dos usuários” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas	46
Quadro 11. Operações sobre o “nó crítico 3”: “Baixa oferta de ações voltadas à hipertensão e diabetes, por parte da equipe” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas	47

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 Aspectos gerais do município de Branquinha Alagoas	13
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O sistema municipal de saúde	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santo Antônio da Boa Vista	20
1.7 O dia a dia da equipe Santo Antônio da Boa Vista	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	22
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	25
<b>3 OBJETIVOS</b>	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
<b>4 METODOLOGIA</b>	27
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	28
5.1 Diabetes	28
5.2 Hipertensão	36
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	41
6.1 Descrição do problema selecionado	41
6.2 Explicação do problema	42
6.3 Seleção dos nós críticos	42
6.4 Desenho das operações	43
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	50
<b>REFERÊNCIAS</b>	52

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

O Município de Branquinha Alagoas apresenta segundo o IBGE (2019) uma população estimada de 10.494 pessoas, de modo que a população no último censo (2010) foi de 10.583 pessoas, e densidade demográfica (2010) de 63,63 hab/km<sup>2</sup>.

Questões relacionadas a trabalho e rendimento afirmam que o salário médio mensal dos trabalhadores formais (2017) era de 1,6 salários mínimos; quanto ao pessoal ocupado, o IBGE em 2017 encontrou 614 pessoas, atingindo um percentual de 5,8% entre o total de habitantes do Município. No que diz respeito ao percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (2010) foi de 51,9% (IBGE, 2020).

No que diz respeito a questões de educação a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) é de 90%, e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública em 2017 foi de 5,4; já o IDEB nos anos finais do ensino fundamental em rede pública em 2017 foi de 4,1. Sobre as matrículas no ensino fundamental (2018) foram 1.880 matrículas. Já as matrículas no ensino médio (2018) foram 306 matrículas. Há 78 docentes no ensino fundamental (2018), e 24 docentes no ensino médio (2018). Ainda sobre os dados educacionais o número de estabelecimentos de ensino fundamental (2018) foram 16 escolas; já o número de estabelecimentos de ensino médio (2018) foi de 1 escola (IBGE, 2020).

Dados relacionados a economia local apontam que o PIB per capita (2017) foi de R\$ 36.961,19. Já o percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015) foi de 88,4%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010) foi de 0,513, e o Total de receitas realizadas (2017) foi de R\$ 32.873,10 (×1000); o Total de despesas empenhadas (2017) foi de R\$ 31.876,10 (×1000) (IBGE, 2020).

Dados ligados a Saúde do Município apontam que a Mortalidade Infantil (2017) com 5,41 óbitos por mil nascidos vivos. Já as internações por diarreia em 2016 acumularam um total de 01 internações por mil habitantes. Há 5 estabelecimentos de Saúde SUS (2009) (IBGE, 2020).

Quanto ao território e ambiente a área da unidade territorial (2018) é de 165,250 km<sup>2</sup>. O esgotamento sanitário adequado (2010) de 36,3%, a arborização de

vias públicas (2010) de 41,2%, e urbanização de vias públicas (2010) de 1,9% (IBGE, 2020).

## 1.2 Aspectos da comunidade

A Unidade de Saúde Santo Antônio da Boa Vista está localizada no bairro Centro/ Zona Urbana e atendimentos de usuários de Zona Rural (do município de Branquinha Alagoas); Há 1.347 pessoas cadastradas. Não há asfaltamento em toda comunidade, não há esgotamento sanitário, não há áreas de lazer a população, e tampouco calcamento. As condições gerais da comunidade são bastante precárias com falta de iluminação, e muitas vulnerabilidades no território como drogadição, etilismo, tabagismo, desemprego e demais problemas sociais. Quanto as principais patologias do território apresenta-se Diabetes Mellitus (DM), e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Obesidade, Doenças Respiratórias, Cardíacas, Dengue, Parasitoses, Verminoses, Esquistossomose, entre outras.

Trata-se de uma comunidade de pessoas de baixa renda, com muitos idosos (cerca de 15% da população), crianças. Predomina na comunidade o sexo feminino com relação de 60-40%. A maioria das famílias apresenta renda de 1 salário mínimo, obtém a renda de programas do Governo Federal, Órgãos Públicos, Agricultura, pecuária, e comércio. Há registros de casos de violência doméstica, uso de drogas ilícitas, alto desemprego, casos de gravidez na adolescência, problemas de Saúde Mental.

A maioria das casas são de alvenaria (60%), contudo ainda existem casas de taipa; A polícia faz ronda na cidade. Quanto a dados populacionais: 20% são menores de 10 anos, 15% são adolescentes, 15% são jovens, 35% adultos, e 15% idosos.

O quadro a seguir apresenta aspectos demográficos do território:

**Quadro 1. Aspectos demográficos**

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	27	38	65
1-4	36	50	86

<b>5-14</b>	39	55	94
<b>15-19</b>	51	71	122
<b>20-29</b>	68	95	162
<b>30-39</b>	83	116	198
<b>40-49</b>	87	125	214
<b>50-59</b>	63	88	151
<b>60-69</b>	48	67	115
<b>70-79</b>	42	59	101
<b>≥ 80</b>	17	23	40
<b>TOTAL</b>	560	783	<b>1347</b>

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

O quadro 02 apresenta os dados epidemiológicos:

**Quadro 2. Aspectos epidemiológicos**

<b>Condição de Saúde</b>	<b>Quantitativo (nº)</b>
<b>Gestantes</b>	13
<b>Hipertensos</b>	167
<b>Diabéticos</b>	39
<b>Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)</b>	27
<b>Pessoas que tiveram AVC</b>	12
<b>Pessoas que tiveram infarto</b>	5
<b>Pessoas com doença cardíaca</b>	35
<b>Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)</b>	8
<b>Pessoas com hanseníase</b>	0
<b>Pessoas com tuberculose</b>	0
<b>Pessoas com câncer</b>	3
<b>Pessoas com sofrimento mental</b>	63
<b>Acamados</b>	3
<b>Fumantes</b>	35
<b>Pessoas que fazem uso de álcool</b>	210

<b>Usuários de drogas</b>	12
---------------------------	----

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

Quanto as principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à sua área de abrangência apresenta-se as principais causas de óbito: HAS, DM, Insuficiência Cardíaca, Acidentes Automobilísticos, Câncer (CA) (mama, colo de útero, intestino, etc); Principais causas de internação: crises hipertensivas, Diabetes mellitus (DM), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Chagas, Doenças Respiratórias, Acidentes (cortes, lacerações, quebra de ossos (membros inferiores e superiores), etc.; Doenças de notificação compulsória: Dengue, Sífilis, Chagas;

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência são a dificuldade de acesso, unidade com funcionamento de apenas 08 horas diárias, falta de comunicação com as demais unidade, transporte, médicos especialistas, não há laboratório para apoio diagnóstico, alto número de pacientes de saúde mental, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTS).

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

O sistema municipal de saúde funciona somente em sistema de atenção básica. Há na cidade somente a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não há Hospitais, nem qualquer atenção especializada; São 5 Unidades Básicas de Saúde na cidade, e no Bairro 3 Urbanas e 2 rurais. O Hospital de Referência é o Hospital São Vicente em União dos Palmares (17 km) e Maceió (67 Km).

Não possuímos Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), na unidade existe farmácia, além do Núcleo de Assistência de Saúde da Família (NASF). Os diagnósticos laboratoriais são colhidos na própria Unidade de Saúde e posteriormente o paciente traz os resultados; com os exames em mãos o paciente é diagnosticado na própria unidade ou é encaminhado a especialista.

Não se realiza eletrocardiograma (ECG) na Unidade. O atendimento dos especialistas não é realizado na própria unidade, mas em hospitais de referência da região. Há uma boa relação com as outras unidades (nos outros municípios). A



contra referência nem sempre é feita. Com relação a Saúde Mental temos apenas o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Com relação aos pontos de atenção à saúde apresenta-se o NASF que atua de forma integrada com a equipe de saúde da família. A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, assim possibilitando o atendimento compartilhado entre os profissionais, tanto na UBS como nas visitas domiciliares, permitindo a construção conjunta de projetos e atenção multidisciplinar.

Temos buscado trabalhar com projetos terapêuticos, de forma que amplie e qualifique as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. É a chamada linha de cuidado multidisciplinar.

O município possui Vigilância Sanitária, que atua promovendo e protegendo a saúde da população por meio de ações integradas, capazes de eliminar, diminuir, prevenir riscos a saúde e intervir nos problemas decorrentes do meio.

Já na farmácia básica existe a dispensação de medicamentos essenciais voltados a assistência ambulatorial.

Quanto aos pontos de Atenção à Saúde Secundários (referência) destaque para a Fazenda Boa Esperança a 12 Km da base; enquanto os pontos de Atenção à Saúde Terciários (referência terciária) aponta-se a Fazenda Oripe e Fazenda Baixa Seca a 7 e 15 km respectivamente.

Não existem demais Sistemas de Apoio, ou Consórcios Intermunicipais. Os Sistemas Logísticos (SAMU, ou demais meios) são executados pela Ambulância da Prefeitura.

Na grande maioria das vezes não existe uma contrarreferência, dificultando muitas vezes o trabalho e atenção. No que diz respeito aos principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde aponte-se a falta de especialistas, falta de medicamentos, falta de apoio diagnóstico na cidade, estrutura da unidade precária e deficiente.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Santo Antônio Da Boa Vista**

A Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista foi inaugurada em 05/10/2007, e apresenta oito cômodos: três banheiros, três consultórios, sala de espera, recepção.

O quadro a seguir apresenta um cronograma de atendimento médico.

**Quadro 3. Cronograma de atendimento do Médico**

Dias	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
Manha	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, Pré Natal, Puerpério, Saúde Mental, DCNTs, ISTs, etc)	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, Pré Natal, Puerpério, Saúde Mental, DCNTs, ISTs, etc)	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, Pré Natal, Puerpério, Saúde Mental, DCNTs, ISTs, etc)	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, Pré Natal, Puerpério, Saúde Mental, DCNTs, ISTs, etc)	FOLGA
Tarde	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, PN, Puerpério,	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, PN, Puerpério,	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, PN, Puerpério,	Demanda Agendada 70% Demanda espontânea 30%; Atendimentos diversos (Saúde da Criança, Vacinas, PN, Puerpério,	FOLGA

	Saúde Mental, Doenças crônicas, Infecções sexualmente transmissíveis e etc)	Saúde Mental, Doenças crônicas, Infecções sexualmente transmissíveis e etc)	Saúde Mental, Doenças crônicas, Infecções sexualmente transmissíveis e etc)	Saúde Mental, Doenças crônicas, Infecções sexualmente transmissíveis e etc)	
--	---	---	---	---	--

Fonte: Dados da própria unidade de saúde, 2020.

A Unidade de Saúde funciona das 07 as 11 horas da manhã, e das 13 as 17 horas. As folgas do médico é as sextas feiras.

Sobre os principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde apresente-se a falta de espaço físico, falta de especialistas para atendimento no município, falta de apoio diagnóstico com um laboratório próprio, falta de transporte logístico (SAMU).

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Santo Antônio Da Boa Vista, da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio Da Boa Vista**

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, além de odontólogo e técnico de saúde bucal. Com horário de funcionamento das 08 as 11 horas e das 13 as 17 horas. Atendimento a demanda agendada e espontânea.

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

Microárea 01, André, 2 anos de atuação;

Microárea 02, Helena, 3 anos de atuação;

Microárea 03, Felix, 2 anos de atuação;

Microárea 04, Adriana, 3 anos de atuação;

Microárea 05, Adelson, 3 anos de atuação;

Microárea 06, Luciene, 2 anos de atuação;

No que tange as responsabilidades de cada funcionário:

Enfermeira: Planejar, coordenar, executar, gerenciar, e avaliar a unidade de saúde da família, levando em conta as reais necessidades de saúde da população atendida.

Técnico: Coletar material para exames laboratoriais, auxiliar em serviço e rotina de enfermagem, executar controles relacionados a patologia de cada paciente.

Recepcionista: Recepciona atende de forma humanizada pacientes, usuários e visitante nos serviços de saúde. Organiza a documentação do paciente nas situações de consultas e exames.

ACS: Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e mantê-los atualizados. Orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis e desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita a UBS considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.

## **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santo Antônio Da Boa Vista**

A unidade de saúde funciona de segunda à sexta das 8h às 11h e das 13h às 17h. Há uma programação ao longo da semana para dar enfoque à saúde da mulher, puericultura, doenças crônicas, pré-natal, visitas domiciliares e atendimento em zonas rurais. Apesar disto, em todos os dias é reservado tempo para lidar com a demanda espontânea e condições agudas. Também são realizados grupos operativos, vacinas, curativos e pequenos procedimentos no local.

## **1.7 O dia a dia da equipe Santo Antônio da Boa Vista**

Os atendimentos funcionam de forma agendada e livre demanda. Não existe classificação de risco no momento, contudo há interesse em implantar. Dentre as funções da enfermeira destaque para planejar, coordenar, executar, gerenciar, e avaliar a unidade de saúde da família, levando em conta as reais necessidades de saúde da população atendida. Já os técnicos de enfermagem dentro das suas atribuições estão a coleta de material para exames laboratoriais, auxiliar em serviço

e rotina de enfermagem, executar controles relacionados a patologia de cada paciente. Já a recepcionista recepciona e atende de forma humanizada pacientes, usuários e visitantes nos serviços de saúde. Organiza a documentação do paciente nas situações de consultas e exames. Os ACS têm a função de cadastrar todas as pessoas de sua micro área e mantê-los atualizados. Orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis e desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita a UBS considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.

O odontologista trabalha no sentido de executar as ações relacionadas a saúde bucal dos membros do território. A auxiliar de saúde bucal dá suporte a estas ações e o médico consulta, diagnostica, dirige a equipe, acompanha os retornos, evolução dos pacientes, entre outros.

Na comunidade são realizadas algumas ações (educativa, preventivas, entre outras) dependendo muito da época do ano e do que define a Secretaria Municipal de Saúde. Em destaque estão as ações de prevenção, divulgação de campanhas de rastreamento e prevenção, distribuição de preservativos, pílulas, folhetos, etc. As visitas domiciliares são realizadas uma vez por semana, sendo que existe 3 acamados na área adscrita.

Na unidade de saúde enquanto os usuários aguardam para atendimentos é realizado palestras, distribuído pílulas anticoncepcional, camisinhas, entre outras ações, geralmente desenvolvidas por médico ou enfermeira, relacionada a educação em saúde no território.

Sobre os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da sua equipe apresenta-se em alguns momentos a falta de informação entre a equipe; falta de capacitação em alguns segmentos de doenças; maior dinamicidade e organização da agenda.

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

Ao realizar o levantamento dos problemas do território percebeu-se que temos uma grande quantidade de problemas, alguns com governabilidade outros

não. Apresenta-se a seguir os principais problemas que afligem a população de modo geral:

Principais doenças do território: Saúde Mental, DM, HAS, Obesidade, Doenças Respiratórias e Cardíacas, Dengue, Esquistossomose.

Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da sua equipe: dificuldade de Acesso; falta de comunicação com as demais unidades; falta de transporte para pacientes em estado grave; falta de médicos especialistas para atendimento a população; não há laboratório para apoio diagnóstico; alto número de pacientes de Saúde Mental; DCNTs;

Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde: falta de hospitais, especialistas, e apoio diagnóstico na região. Quanto aos principais problemas: falta de especialistas, falta de medicamentos, falta de apoio diagnóstico na cidade, estrutura precária e deficiente.

Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde: falta de espaço físico, falta de especialistas no município, falta de apoio diagnóstico com um laboratório próprio na UBS, falta de transporte logístico (SAMU e demais unidades de apoio).

Principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da sua equipe: falta de informação entre a equipe; falta de capacitação em alguns segmentos de doenças; maior dinamicidade e organização da agenda. Ainda que existam tais realidades o problema eleito a ser trabalhado no projeto de intervenção: DCNTs. Isso porque este é o responsável pelo maior número de atendimentos na Unidade de Saúde. Sendo ainda eleito como um dos principais agravos que atingem a esta população: o diabetes e a hipertensão.

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

Apresenta-se a seguir um quadro com a priorização dos problemas que foram identificados no território. Dentre eles cite-se um elevado número de indivíduos com sobrepeso e obeso no território (pelo menos 15% dos indivíduos obesos, e 25% com sobrepeso); um grande número de pacientes de saúde mental (12%) da população geral (principalmente mulheres acima de 50 anos); Falta de especialistas; Falta de apoio diagnóstico; Falta de apoio Logístico; Falta de Hospital na Cidade; Falta de Capacitação da Equipe de Saúde com relação a algumas doenças.

**Quadro 4. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, município de Branquinha, estado de Alagoas**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevado número de pacientes obesos que apresentam DCNTs	7	Alta	Parcial	1
Elevado número de pacientes de Saúde Mental	6	Alta	Parcial	2
Falta de especialistas	5	Alta	Fora	3
Falta de apoio diagnóstico	4	Alta	Fora	4
Falta de apoio Logístico	4	Alta	Fora	5
Falta de Hospital na Cidade	3	Média	Fora	6
Falta de Capacitação da Equipe de Saúde com relação a algumas doenças	1	Média	Parcial	7

Fonte: Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista

- \* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30
- \*\*Alta, média ou baixa
- \*\*\*Total, parcial ou fora
- \*\*\*\*Ordenar considerando os três itens



## 2 JUSTIFICATIVA

A Unidade Santo Antônio da Boa Vista tem apresentado nos últimos tempos uma grande demanda relacionada a pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

As doenças crônicas não transmissíveis são agravos que não possuem um tratamento específico e sim um controle. No território tem se evidenciado uma grande quantidade de indivíduos diabéticos e hipertensos, com uma maior prevalência para hipertensos (200) e de diabéticos (80).

O diabetes pode ser considerada como uma doença crônica não transmissível de etiologia desconhecida que segundo a definição da Organização Mundial da Saúde traz alterações com relação ao aumento do açúcar no sangue do usuário. Em sua grande maioria das vezes trata-se de uma doença silenciosa, mas que traz consequências terríveis. Em verdade é um transtorno metabólico de múltiplas etiologias, caracterizada por hiperglicemia ou distúrbios de metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (TONETTO, 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser definida como condição clínica multifatorial, que tem por característica o aumento dos níveis pressóricos em valores maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Geralmente a hipertensão arterial vem associada a diversos fatores de risco, como dislipidemia e obesidade abdominal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estas duas patologias são os principais agravos existentes na comunidade, em virtude disso deseja-se desenvolver ações que possam controlar tanto o HAS como o DM.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver ações voltadas a prevenção e ao controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no território da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, localizada no município de Branquinha, Alagoas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Capacitar a equipe sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis com enfoque ao Diabetes e a Hipertensão;
- Desenvolver ações na Unidade de Saúde voltadas a prevenção e controle das DCNTs;
- Realizar visitas domiciliares, reavaliação de drogas utilizadas, e informar sobre os cuidados com as DCNTs;
- Monitorar o desenvolvimento dessas ações e controle da PA e Glicemia.

## 4 METODOLOGIA

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 e Santos (2018).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescion e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

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, 2018).

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2017).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A proposta aqui apresentada aborda dois problemas de saúde muito comuns na Atenção Primária a Saúde, o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Utiliza-se como fontes de literatura principalmente Manuais do Ministério da Saúde de “Atenção as pessoas com doenças crônicas” do próprio Ministério da Saúde, e demais Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Diabetes que são documentos sólidos que abordam temas importantes como conceito, epidemiologia, diagnóstico, tratamento e formas de atuar na atenção básica para conter o avanço, controlar os casos já existentes e trazer importantes avanços ao processo de trabalho da equipe, que também é objetivo desta proposta.

### 5.1 Diabetes

O último documento emitido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) foi editado e lançado em 2015-2016. Este documento traz dados importantíssimos sobre a prevalência da doença. Acredita-se que, segundo níveis mundiais o diabetes presente em 2015 cerca de 387 milhões com possibilidade de alcançar cerca de 471 milhões em 2035 (IDF, 2014).

Estes dados quando traduzidos em porcentagens, admitindo que o mundo apresenta 7,8 bilhões de pessoas em 2020 (SBD, 2015-2016); pode-se afirmar que a prevalência do diabetes a níveis mundiais é de 4,96% da população. Contudo estes dados podem estar subnotificados pois muitos destes indivíduos que apresentam a doença crônica não possuem o conhecimento que estão acometidos por ela. Em um cálculo simples com base em diversos estudos que afirmam que pode-se duplicar a quantidade de indivíduos que realmente apresentam a doença crônica pode-se afirmar que pelo menos 774 milhões de pessoas no mundo apresentam o problema (SCHMIDT, HOFFMANN, DINIZ, et al., 2014).

O conceito de diabetes é de doença crônica não transmissível. É um agravo que está ligado ao metabolismo do indivíduo. No Brasil a prevalência do diabetes está na casa dos 9% de forma genérica, havendo variações segundo a idade, escolaridade e demais fatores (ADA, 2014).

A doença está frequentemente associada a determinadas condições de saúde preexistentes tais como hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, etilismo, e

demais comorbidades que também corroboram para as complicações do diabetes, que estão ligadas a amputações, cegueiras, falência renal, infarto agudo do miocárdio, pré disposição a Acidente Vascular Encefálico (AVE), entre outras (VANGIPURAPU, STANČÁKOVÁ, KUULASMAA, et al., 2012).

O diabetes não apresenta um sintoma característico, justamente por isso muitas vezes pela falta da prevenção o indivíduo só descobre que está diabético 4-5 anos após as primeiras alterações surgirem. Os principais sintomas quando surgem são ligados a uma fome frequente (incomum), sede constante (incomum), vontade de urinar diversas vezes ao dia, perda de peso, fraqueza, fadiga, mudanças de humor, náusea e vômito. Um sinal característico é a urina com altos níveis de açúcar, apresentando formigas no local onde urinou-se (ADA, 2015).

O diagnóstico do diabetes é feito através de exames laboratoriais que apontam os níveis de glicose na corrente sanguínea ou tolerância a glicose. Assim, o diagnóstico pode ser feito obedecendo algumas categorias ou critérios a saber:

- Glicemia de jejum:  $\geq 126$  mg / dL devendo-se confirmar por uma segunda medida;

- Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG):  $\geq 200$  mg / dL previamente à ingestão de 75 g de glicose dissolvida em água, coleta-se uma amostra de sangue em jejum para determinação da glicemia; coleta-se outra, então, após 2 horas da sobrecarga oral. A1C:  $\geq 6,5\%$  ou caso o paciente apresente sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica, uma glicose plasmática aleatória  $\geq 200$  mg/dL (SBD, 2018).

O tratamento do diabetes depende muito da classificação, se tipo I ou tipo II. Além disso depende muito da reação do paciente as drogas, se o mesmo consegue manter os níveis de glicemia dentro dos padrões estipulados pela SBD. Para os pacientes tipo I inicia-se com hipoglicemiantes (glimepirida, glibenclamida, metformina, repaglinida, entre outras) e mudança de dietas. Estas drogas geralmente são administradas antes das refeições e agem no organismo melhorando estimulando a secreção de insulina pelas células  $\beta$  (beta) pancreáticas. Geralmente estas drogas reduzem a glicemia em cerca de 20%. Quando combinados com uma dieta restrita em carboidratos e açúcares funcionam melhor ainda (TONETTO, 2019).

Quando se trata o diabetes e a hipertensão utiliza-se como drogas de primeira escolha os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Existem várias classes.

Para os diabéticos tipo I a indicação é a insulinoterapia. Em alguns casos pode-se buscar iniciar com fármacos orais para verificar se há efetividade, e posteriormente associar a insulina (SBD, 2018).

Para os diabéticos tipo II um dos mais comuns utilizados é a metformina. Trata-se de um fármaco que pertence à classe das biguanidas; tem por característica ação periférica promovendo o aumento da sensibilidade à insulina. Em relação aos diabéticos tipo II é a droga de primeira opção. A metabolização é realizada por um terço no fígado e o restante é excretado pela urina. Tem por característica apresentarem metabólitos inativos com excreção renal veloz, de modo que a ação hipoglicemiante é menor que dos fármacos das classes das sulfonilureias de curta duração, e nos casos de doença renal geralmente não altera a glicemia de forma significativa, principalmente em fases iniciais da doença (ADA, 2015).

Apresenta-se a classe de medicamentos orais mais utilizados para o controle do diabetes (Medicamentos (posologia mínima e máxima em mg); Mecanismo de ação; Redução da glicemia de jejum (mg/dl); Redução de HbA1c (%); Contraindicação; Efeitos colaterais; Outros efeitos benéficos) (SBD, 2018).

**Quadro 5. Principais fármacos de uso oral para o controle do diabetes**

Medicamentos (posologia mínima e máxima em mg)	Mecanismo de ação;	Redução da glicemia de jejum (mg/dl);	Redução de HbA1c (%);	Contraindicação	Efeitos colaterais;	Outros efeitos benéficos).
<b>Sulfonilureias</b>						
Clorpropamida 125 a 500 Glibenclamida 2,5 a 20 Glipizida 2,5 a 20 Gliclazida 40 a 320 Gliclazida MR 30 a 120 Glimepirida 1 a 8 Uma a duas tomadas/dia	Aumento da secreção de insulina	60-70	1,5-2	Gravidez, insuficiência renal ou hepática	Hipoglicemia e ganho ponderal (clorpropamida) favorece o aumento de peso e não protege contra retinopatia)	
<b>Metiglinidas</b>						
Repaglinida 0,5 a 16 Nateglinida 120 a 360 Três tomadas/dia	Aumento da secreção de insulina	20-30	1-1,5	Gravidez	Hipoglicemia e ganho ponderal discreto	Redução do espessamento médio intimal carotídeo (repaglinida)
<b>Biguanidas</b>						
Metformina 1.000 a	Reduz a	60-70	1,5-2	Gravidez,	Desconforto	Diminuição

2.550 Duas a três tomadas/dia	produção hepática de glicose com menor ação sensibilizadora da ação insulínica			insuficiências renal, hepática, cardíaca, pulmonar e acidose grave	abdominal, diarreia	de eventos cardiovasculares Prevenção de DM2 Melhora do perfil lipídico Diminuição do peso
Inibidores da alfa-glicosidase						
Acarbose 50 a 300 Três tomadas/dia	Retardo da absorção de carboidratos 20-30	20-30	0,5-0,8	Gravidez	Meteorismo, flatulência e diarreia	Diminuição de eventos cardiovasculares Prevenção de DM2 Redução do espessamento médio intimal carotídeo Melhora do perfil lipídico
Glitazonas						
Pioglitazona 15 a 45 Uma tomada/dia	Aumento da sensibilidade à insulina em músculo,	35-65*	0,5-1,4*	Insuficiência cardíaca classes III e IV Insuficiência	Retenção hídrica, anemia, ganho ponderal,	Prevenção de DM2 Redução do espessamento



	adipócito e hepatócito (sensibilizadores da insulina)			hepática Gravidez	insuficiência cardíaca e fraturas	médio intimal carotídeo Melhora do perfil lipídico Redução da gordura hepática
(Inibidores da DPP-IV) Gliptinas						
Sitagliptina 50 ou 100 Uma ou duas tomadas/dia Vildagliptina 50 Duas tomadas/dia Saxagliptina 2,5 ou 5 Uma tomada/dia Linagliptina 5 Uma tomada/dia	Aumento do nível de GLP-1, com aumento da síntese e secreção de insulina, além da redução de glucagon	20*	0,6-0,8	Hipersensibilidade aos componentes do medicamento	Os eventos adversos mais comuns verificados nos ensaios clínicos foram faringite, infecção urinária, náusea e cefaleia	Aumento da massa de células beta em modelos animais Segurança e tolerabilidade Efeito neutro no peso corporal
Mimético e Análogo do GLP-1						
Exenatida 5 e 10 mcg Uma injeção antes do desjejum e outra antes do jantar pela via SC Liraglutida 0,6, 1,2 e	Efeitos acima relatados em resposta a dose farmacológica do análogo do GLP-1 com ação	30*	0,8-1,2	Hipersensibilidade aos componentes do medicamento	Hipoglicemia principalmente quando associado a secretagogos Náusea,	Aumento da massa de células beta em modelos animais Redução de peso Redução da

1,8 Uma injeção ao dia sempre no mesmo horário SC Uma vez ao dia, independente do horário da refeição					vômitos e diarreia	pressão arterial sistólica
INIBIDORES DA SGLT2						
Dapagliflozina 5 a 10 10 uma vez ao dia, em qualquer horário Empagliflozina 10 a 25 10 a 25, uma vez ao dia, em qualquer horário Canagliflozina 100 a 300 100 a 300, uma vez ao dia, em qualquer horário	Inibidor de SGLT2 Em túbulo proximal renal	30*	0,5-1	Não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com taxa de filtração glomerular estimada persistentemente inferior a 45 ml/ min/1,73 m <sup>2</sup> - MDRD ou de puração de creatinina	Infecção genital Infecção urinária Poliúria	Perda de peso Redução de PAS

				persistentemente menor ou igual a 60 ml/min - Cockcroft-Gault)		
Obs. * Reduções médias da glicemia de jejum e da HbA1c para monoterapia. No caso de terapia combinada, pode ocorrer efeito sinérgico, com potencialização da redução dos níveis glicêmicos.						

Fonte: NAHAN , BUSE, DAVIDSON, et al, 2008.

As três principais modalidades de insulina são a regular, NPH e glargina. O cálculo depende muito do resultado da medição da glicemia capilar. Apresenta-se um quadro que pode servir como parâmetro para administração de Insulina em pacientes DM1:

**Quadro 6. Administração de Insulina Regular (DM1)**

<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	<b>DOSE DE INSULINA</b>
80-200	0
201-250	4
251-300	6
301-350	8
351-400	10
401-450	12
451-500	14
501-550	16
551-600	18
601-650	20
651-	24

Fonte: SBD, 2015-2016;

Além do tratamento medicamentoso é importante que o paciente incremente em sua vida hábitos saudáveis relacionados a alimentação com adoção de frutas, verduras, vegetais, castanhas, além de atividade física regular por pelo menos 5x por semana, além do abandono do tabaco, álcool, e outras drogas (SBD, 2018).

## **5.2 Hipertensão**

A hipertensão arterial sistêmica é uma complicação multifatorial; considerada doença crônica. O documento brasileiro mais atualizado é a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, dos arquivos brasileiros de cardiologia.

O conceito de Hipertensão Arterial (HA) é de condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg. E está frequentemente associada a distúrbios metabólicos (como

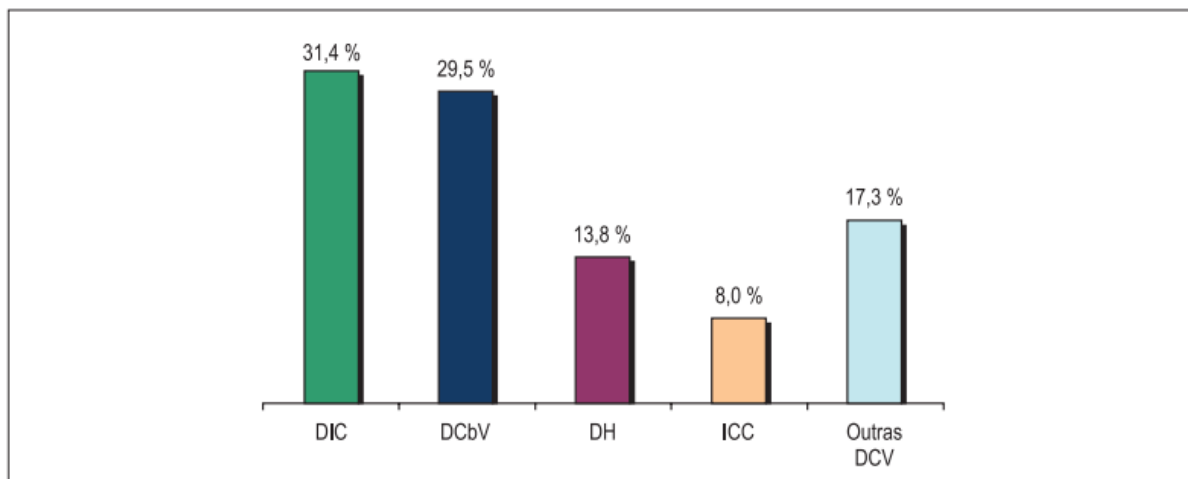
exemplo o diabetes), alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (com destaque ao coração, rins), comumente agravado pela presença de demais fatores de risco (FR). Cite-se a dislipidemia, a obesidade abdominal, a intolerância à glicose e diabetes melito (DM) (LEWINGTON, CLARKE, QIZILBASH, PETO, COLLINS, 2002; WEBER, SCHIFFRIN, WHITE, MANN, LINDBOLM, VENERSON et al., 2014).

É muito comum como consequências da HAS com associação independente a eventos como morte súbita, o acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC), a doença arterial periférica (DAP) e a doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2013).

Não existe um consenso ou número absoluto sobre a prevalência da HAS no Brasil. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial afirma que cerca de 36 milhões de pessoas apresentam HAS no Brasil. Levando em consideração que o país apresenta 205 milhões de habitantes pode-se afirmar que cerca de 18-20% da população é hipertensa. Contudo é sabido que quando a idade vai aumentando a prevalência pode chegar a 60% como é o caso dos idosos (MALACHIAS et al., 2016).

Estudos realizados em 2013 apontam que ocorreram 1.138.670 óbitos sendo que 339.672 dos quais (29,8%) estavam ligados a doenças cardiovasculares, conforme a (Figura 1) aparecendo como a principal causa de morte.

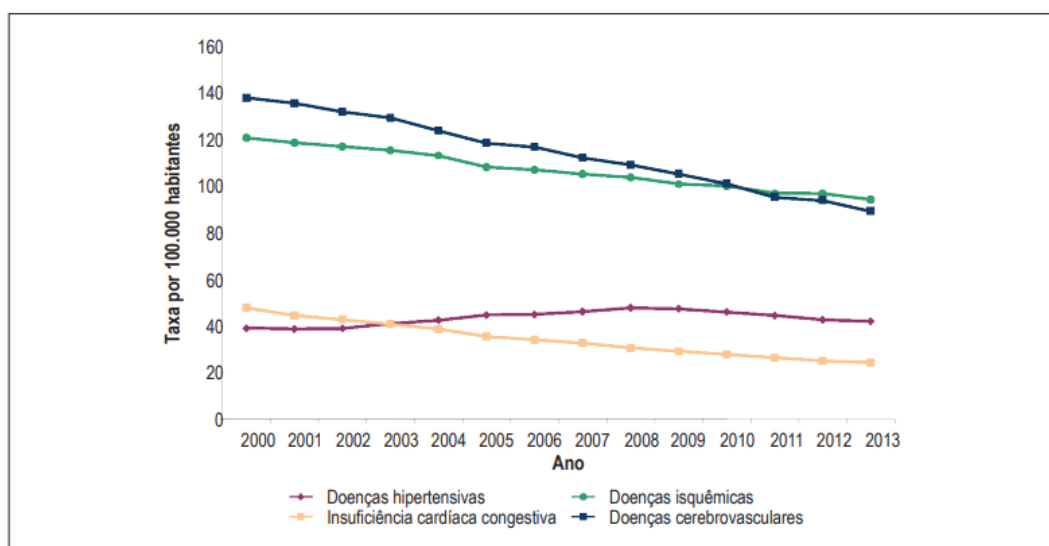
Figura 1 – Taxa de mortalidade no Brasil por doença cardiovascular (DCV) e distribuição por causas no ano de 2013. DIC: doenças isquêmicas do coração; DCbV: doença cerebrovascular; DH: doenças hipertensivas; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.



Fonte: Malachias et al., 2016;

É sabido que a mortalidade vem diminuindo significativamente desde 2010, nestes termos apresenta-se o gráfico a seguir,

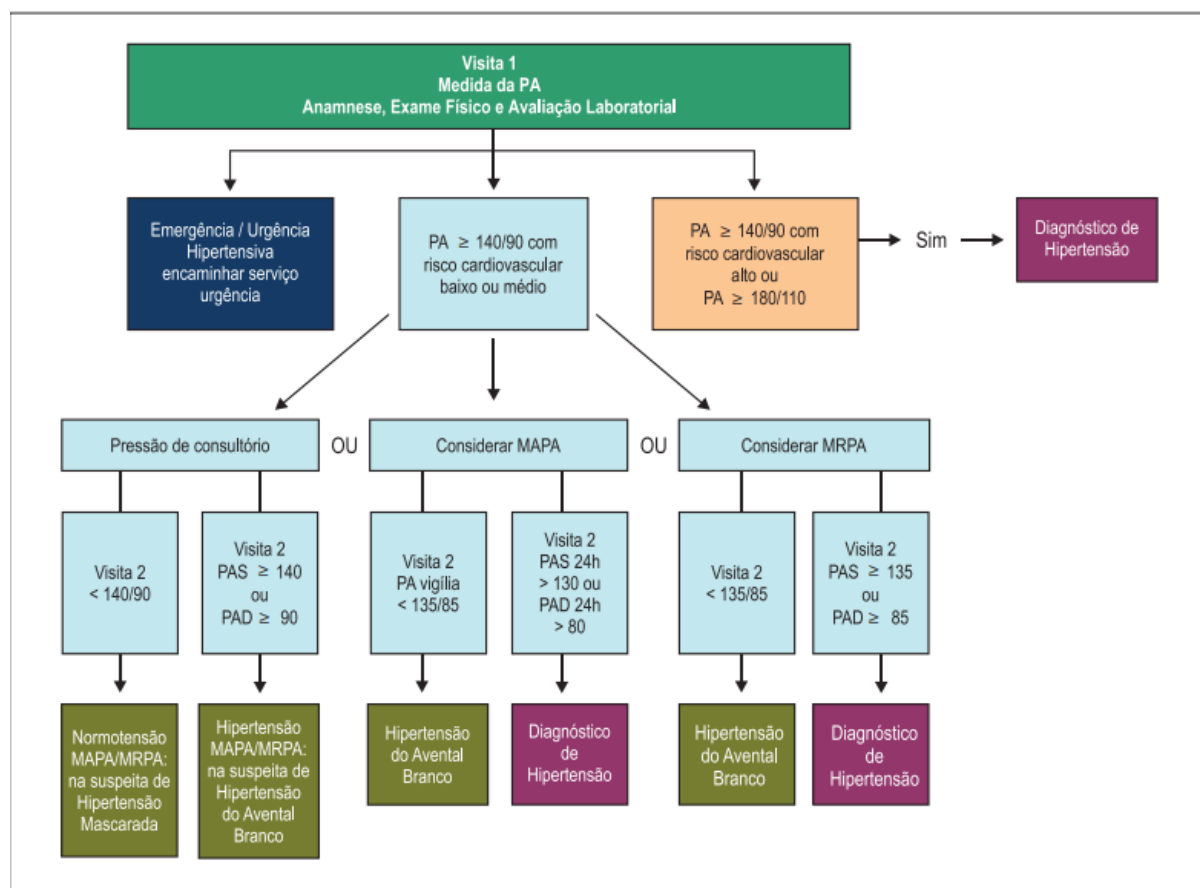
Figura 2 – Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013.



Fonte: Malachias et al., 2016;

Apresenta-se um fluxograma bem explicativo sobre o processo de diagnóstico da Hipertensão Arterial:

Figura 03. Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial (modificado do Canadian Hypertension Education Program).



Fonte: Malachias et al., 2016;

O tratamento da hipertensão é realizado com drogas anti-hipertensivas e mudança de hábitos de vida denominado pela 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial 2016 como medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas estão ligadas a abstenção de álcool, tabaco, drogas, alimentação saudável, prática de atividade física e sono de qualidade. A ingestão de sal é muito importante também (MALACHIAS et al., 2016).

Já quanto as principais drogas disponíveis no mercado apresenta-se o quadro 03:

#### Quadro 7. Antihipertensivos disponíveis

- DIU (GR: I; NE: A)
- Inibidores adrenérgicos
- Ação central – agonistas alfa-2 centrais (GR: IIb; NE: C)
- BB – bloqueadores beta-adrenérgicos (GR: I; NE: A)

- Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos (GR: IIb; NE: C)
- Vasodilatadores diretos (GR: IIb; NE: C)
- BCC (GR: I; NE: A)
- IECA (GR: I; NE: A)
- BRA (GR: I; NE: A)
- Inibidor direto da renina (GR: IIb; NE: C)

Fonte: Malachias et al., 2016;

Sobre os principais representantes dos agentes de ação central apresente-se a metildopa, clonidina, guanabenz e os inibidores dos receptores imidazolínicos (moxonidina e rilmenidina). Já os betabloqueadores carvedilol, nebivolol, além do propranolol. Quanto aos alfabloqueadores destaque para a doxazosina, prazosina e terazosina. Quanto aos vasodilatadores diretos destaque para hidralazina e minoxidil. Quanto aos bloqueadores dos canais de cálcio destaque para (anlodipino, nifedipino, felodipino, nitrendipino, manidipino, lercanidipino, levandodipino, lacidipino, isradipino, nisoldipino, nimodipino. Sobre os inibidores da enzima conversora da angiotensina destaque para o alisquireno (MALACHIAS et al., 2016).

Pode-se ainda promover a associação dos diuréticos. Quanto aos principais diuréticos destaque para clortalidona, hidroclorotiazida e indapamida. A associação é muito aceita quando o uso do anti-hipertensivo somente não consegue o controle (MALACHIAS et al., 2016).



## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

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

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

O problema levantado está relacionado a um alto número de usuários do território que apresentam doenças crônicas não transmissíveis com destaque ao HAS e DM.

Temos no território uma quantidade de hipertensos considerável (200), como também de diabéticos (80).

Acredita-se ainda que estes dados não correspondam a realidade, pois muitos dos moradores do território não fazem um rastreamento da glicemia e da pressão frequentemente, podendo-se afirmar que este número pode ser acrescido de 50% a mais.

**Quadro 8. Condições de Saúde e DCNTs**

<b>Condição de Saúde</b>	<b>Quantitativo (nº)</b>
<b>Gestantes</b>	13
<b>Hipertensos</b>	200
<b>Diabéticos</b>	80

Fonte: dados da unidade de saúde, 2020.

## 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O problema foi eleito em virtude de significar a maior necessidade de saúde dos membros do território; 30% das demandas de saúde estão ligadas a consultas relacionadas ao controle de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, percebeu-se um alto número de indivíduos com sobrepeso ou obesos. Há ainda outros fatores de risco como: alcoolismo, tabagismo, drogadição; além da má adesão ao tratamento medicamentoso. Este tema foi eleito levando em conta a prevalência local, e comparação a nacional.

O problema ocorre em virtude de algumas condições sendo as mais comuns encontradas no território:

- Falta de rastreamento por parte da população que não busca os serviços de saúde com frequência;
- Alimentação rica em gorduras, açúcares;
- Tabagismo, etilismo, drogadição;
- Sedentarismo da população;
- Falta de locais adequados para a prática atividade física;
- Má adesão ao tratamento dos já diagnosticados;

## 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Depois de realizar uma reunião junto a equipe de saúde para levantamento dos problemas locais elegeu-se estes nós críticos como os principais a serem trabalhados diante do problema da obesidade entre os indivíduos diabéticos e hipertensos. Seleciona-se alguns nós críticos:

- 1 - equipe com baixa capacitação em relação à abordagem da obesidade e Hipertensão Arterial e Diabetes;
- 2 - hábitos e estilos de vida inadequado dos usuários;
- 3 - baixa oferta de ações voltadas à hipertensão e diabetes, por parte da equipe;

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

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Boa Vista, no município Branquinha, estado de Alagoas, deverão ser detalhados nos quadros a seguir:

**Quadro 9. Operações sobre o “nó crítico 1”: “ Equipe com baixa capacitação em relação à abordagem da obesidade e Hipertensão Arterial e Diabetes” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas**

<b>Nó crítico 1</b>	Equipe com baixa capacitação em relação à abordagem da obesidade e Hipertensão Arterial e Diabetes;
<b>Operação</b> (operações)	Projeto de capacitação da equipe de saúde com relação a obesidade e as DCNTs
<b>Projeto</b>	Capacitação da equipe de saúde sobre obesidade e as DCNTs
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de Saúde capacitada, orientada e treinada para melhor atender a população do território da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas
<b>Produtos esperados</b>	Espaço para realização de treinamento e capacitação da Equipe e Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas
<b>Recursos necessários</b>	<p>Político: apoio da secretaria de saúde para a capacitação da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;</p> <p>Financeiro: disponibilização dos recursos como materiais de estudo para a capacitação da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;</p> <p>Estrutural: amplo espaço para as reuniões e treinamentos;</p> <p>Cognitivo: absorção do conhecimento por parte da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Político: apoio da secretaria de saúde ao treinamento e capacitação da Equipe Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;</p> <p>Financeiro: disponibilização dos recursos financeiros e materiais de apoio para a capacitação da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;</p>
<b>Controle dos</b>	Médico e Enfermeira (Motivação Favorável) (Espaço para

<b>recursos críticos</b>	realização de Ações, eventos, intervenções); Acompanhamento das solicitações políticas e financeiras.
<b>Ações estratégicas</b>	Requerimento, relatórios, apresentando os resultados da capacitação.
<b>Prazo</b>	45 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e enfermeira acompanhada pela equipe de saúde.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Médico (organograma de ações e acompanhamento do aprendizado e absorção dos conteúdos da capacitação);

Fonte: próprio autor, 2020.

**Quadro 10. Operações sobre o “nó crítico 2”: “Hábitos e estilos de vida inadequado dos usuários” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas**

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos e estilos de vida inadequado dos usuários
<b>Operação</b> (operações)	Ações de combate ao estilo de vida inadequado dos usuários da comunidade local do território da Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas
<b>Projeto</b>	Viva a Vida: cuidando do corpo
<b>Resultados esperados</b>	Adesão da população quanto as atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas.
<b>Produtos esperados</b>	Melhores resultados nos índices de obesidade, diabetes e hipertensão na comunidade local;
<b>Recursos necessários</b>	Político: apoio da secretaria de saúde a realização das ações de prevenção e combate a obesidade no território da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas;  Financeiro: disponibilização dos recursos e materiais nas ações da equipe de saúde.  Estrutural: local aberto e amplo para a realização das atividades;  Cognitivo: comunidade local tendo consciência do cuidado da saúde
<b>Recursos críticos</b>	Político: apoio da secretaria de saúde a realização das ações de prevenção e combate a obesidade;  Financeiro: disponibilização dos recursos e materiais para as ações
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico e Enfermeira (Motivação Favorável)  (Realização do projeto de prevenção e combate a obesidade e adoção de hábitos saudáveis);

	Acompanhamento das solicitações de apoio político e financeiro;
<b>Ações estratégicas</b>	Relatórios semanais de alterações nos pacientes leve, moderado e graves.
<b>Prazo</b>	100 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e enfermeira acompanhada pela equipe de saúde.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Médico (organograma de ações);

Fonte: próprio autor, 2020.

**Quadro 11. Operações sobre o “nó crítico 3”: “Baixa oferta de ações voltadas à hipertensão e diabetes, por parte da equipe” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas**

<b>Nó crítico 3</b>	Baixa oferta de ações voltadas à hipertensão e diabetes, por parte da equipe;
<b>Operação (operações)</b>	Ampliação de ações da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas
<b>Projeto</b>	Aumento e ampliação de Ações voltadas para a prevenção e combate a obesidade, diabetes e hipertensão;
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de Saúde realizando mais ações para o combate a obesidade, diabetes e hipertensão
<b>Produtos esperados</b>	Equipe de saúde motivada e criar mais ações e realizar estas seguindo um cronograma estratégico elaborado pela própria equipe.

<b>Recursos necessários</b>	<p>Político: apoio/adesão da equipe de saúde ao projeto;</p> <p>Financeiro: não se aplica; Estrutural: não se aplica;</p> <p>Cognitivo: segmento das orientações por parte da equipe de saúde;</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: Espaços para desenvolvimento de mais ações de prevenção e combate a obesidade, diabetes e hipertensão (palestras, oficinas, atividades lúdicas entre outras e organização da agenda da equipe para desenvolvimento dessas atividades;</p> <p>Político: apoio da Secretaria de Saúde para realização de mais ações de controle dos índices de hipertensão, diabetes e obesidade;</p> <p>Financeiro: disponibilização de recursos financeiros (Secretaria de Saúde) para compra de materiais para atividades de oficinas, compra de folders informativos, bem como incentivo financeiro para os profissionais ao realizarem mais ações;</p> <p>Cognitivo: Equipe capacitada a desenvolver mais ações estratégicas no combate e prevenção de diabetes, hipertensão e obesidade;</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	<p>Médico e Enfermeira (Motivação Favorável) acompanhamento dos recursos Estruturais, políticos, financeiros e cognitivos durante as ações adicionais no combates e prevenção de diabetes, hipertensão e obesidade;</p>
<b>Ações estratégicas</b>	<p>Apresentar as ações a mais do projeto aos gestores públicos para sensibilização e adesão ao projeto.</p> <p>Divulgação e criação de ações do projeto em escolas, bairros, igrejas, entre outros locais.</p>
<b>Prazo</b>	90 dias
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	<p>Médico e Enfermeira (Motivação Favorável) irão apresentar as ações adicionais do projeto aos gestores e avaliar a adesão dos mesmos; orientarão os ACSs sobre avaliação compreensão da população sobre as ações adicionais do projeto; farão contatos semanais com a secretaria municipal de saúde para verificar a liberação de verbas para as ações</p>



	adicionais do projeto. Médico e enfermeira acompanhada pela equipe de saúde.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado pela médico e enfermeira (segmento do cronograma de ações); realizarão reuniões mensais entre a equipe de saúde e os gestores públicos para analisarem em conjunto os resultados das ações adicionais do projeto; verificarão a viabilidade destas ações adicionais, e se há condições de seguir com as mesmas.

Fonte: próprio autor, 2020.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM e HAS são as doenças crônicas mais comuns na atenção básica e ambas quando não controladas podem trazer consequências terríveis que vão desde falência de órgãos como cegueira e amputações até a morte, com grande associação de casos de IAM e AVC. No caso da hipertensão arterial, a DCNT é a principal responsável por desfechos como o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral principalmente frente a falta de controle.

No projeto de intervenção aqui apresentado foi objetivo da proposta implementar ações de controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no território da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio da Boa Vista, localizada no município de Branquinha, Alagoas.

Estas ações foram amplamente executadas e ainda encontram-se em desenvolvimento pois o covid 19 proporcionou alguns entraves, principalmente no contato com indivíduos considerados do grupo de risco, como também provocou limitações até entre o próprio processo de trabalho, contudo as ações foram adaptadas para atingir aos fins a que se propunha.

A equipe foi capacitada sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis com enfoque ao Diabetes e a Hipertensão durante os meses de outubro e novembro e atualmente os pacientes estão recebendo as orientações e atendimentos foram desenvolvidos de forma individual, voltadas a prevenção e controle das DCNTs.

Além disso estão sendo realizadas visitas domiciliares, reavaliações de drogas utilizadas para controle de ambas das doenças crônicas além de orientações sobre os cuidados com as DCNTs;

As operações buscarão a capacitação da equipe de saúde sobre obesidade e as DCNTs; ações de combate ao estilo de vida inadequado dos usuários da comunidade local do território da Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas; além da ampliação de ações da Equipe de Saúde Santo Antônio da Boa Vista Branquinha Alagoas.

Através de uma planilha está sendo monitorado o desenvolvimento dessas ações e evolução dos quadros e normalização da PA e Glicemia. Além disso há um controle semanal dessas aferições tanto dos diabéticos como dos hipertensos.

Acredita-se que com o decorrer da proposta e conscientização dos usuários hipertensos e diabéticos poderemos atingir ao sucesso e pelo menos 90% dos

hipertensos e diabéticos atingirem o controle da doença, e os 10% demais que sejam trabalhados ações para atingir ao objetivo. Tem-se visto em demais estudos realizados na atenção básica que quando há uma linha de cuidado multifatorial com ações como esta o sucesso geralmente é alto.

O projeto trouxe grandes benefícios principalmente a equipe de saúde que atualmente apresenta um conhecimento mais amplo e científico sobre ambas as doenças crônicas, principalmente frente as capacitações realizadas.

## REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. v.1, p. 81-90, 2014.

\_\_\_\_\_. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. v. 38, p. 8-16, 2015.

BRASIL. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS.. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org> . Acesso em: 02 de dez. 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf). Acesso em: 06 de junho de 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 06 de junho de 2020.

GUIMARÃES, R.M.; ANDRADE, S.S.; MACHADO, E.L.; et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**,;v.37, n.2, p. 83-9, 2015.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas [Internet]**. 6. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 24 de set. de 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Branquinha: Alagoas**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/?codmun=270110>>. Acesso em: 06 de junho de 2020.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**,v.360, n. 9349, p. 1903-13.

MALACHIAS, MVB, et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro, 2017. Disponível em:<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIA L.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIA L.pdf)> Acesso em: 24 de set. de 2020.

NAHAN, D.M.; BUSE, J.B.; DAVIDSON, M.R. et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. **Diabetes Care** v. 31, p. 1-11, 2008.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2018.

SCHMIDT, MI; HOFFMANN, JF; DINIZ, MFS, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Diabetol Metab Syndr.**, v. 6, n. 123, p. 1-9, nov, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. **2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Blood Press.** v.22, n. 4, p. 193-278, 2013.

TONETTO, Isabela Fernandes de Aguiar. Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v53, 2019.

VANGIPURAPU J, STANČÁKOVÁ A, KUULASMAA T et al. Association between liver insulin resistance and cardiovascular risk factors. **J Intern Med.**, v.272, p. 402-8, 2012.

WEBER, M.A.; SCHIFFRIN, E.L.; WHITE, W.A.; MANN, S.; LINDBOLM, L.H.; VENERSON, J.G.; et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens.**, v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.