

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leila Thayná de Almeida Menezes Souza

DOENÇAS CRÔNICAS DIRETAMENTE RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
INADEQUADO: proposta de abordagem multiprofissional

Maceió
2021

Leila Thayná de Almeida Menezes Souza

**DOENÇAS CRÔNICAS DIRETAMENTE RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
INADEQUADO: proposta de abordagem multiprofissional**

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

Orientadora: Dra. Elizabeth Moura Soares de Souza

Maceió

2021

**Catálogo na Fonte Universidade
Federal de Alagoas Biblioteca
Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S729d Souza, Leila Thayná de Almeida Menezes.
Doenças crônicas diretamente relacionadas ao estilo de vida inadequado : proposta de abordagem multiprofissional / Leila Thayná de Almeida Menezes Souza. – 2021. 34 f.

Orientadora: Elizabeth Moura Soares de Souza.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 33-34.

1. Atenção primária à saúde. 2. Hipertensão. 3. Diabetes mellitus. 4. Doença crônica. 5. Qualidade de vida. I. Título.

CDU: 614:616.12-008.331.1

Folha de Aprovação

LEILA THAYNÁ DE ALMEIDA MENEZES SOUZA

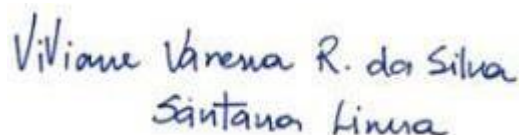
DOENÇAS CRÔNICAS DIRETAMENTE RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA INADEQUADO: proposta de abordagem multiprofissional

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 10 de março de 2021.



Profª Drª Elizabeth Moura Soares de Souza. UFAL (Orientadora)

Examinador/a:



Profª Ma. Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima, UFAL
(Examinador/a)

Leila Thayná de Almeida Menezes Souza

**DOENÇAS CRÔNICAS DIRETAMENTE RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
INADEQUADO: proposta de abordagem multiprofissional**

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

Orientadora: Professora Elizabeth Moura Soares de Souza

Banca examinadora

Professora Elizabeth Moura Soares de Souza, Doutorado, UFAL

Professora Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima, Mestrado, UFAL

Aprovado em Maceió, em 13 de fevereiro de 2021.

DEDICO ESTE TRABALHO:

Primeiramente a Deus por guiar meus passos.

Ao meu marido e familiares que me incentivaram em todos os momentos.

À Equipe de Saúde da Mata Verde pela ajuda e apoio.

AGRADEÇO

À minha Equipe pela cooperação.

Aos meus colegas de turma pela paciência.

*“As condutas, assim como as
doenças, são contagiosas”*

Francis Bacon

RESUMO

As doenças crônicas, como Diabetes e Hipertensão Arterial constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Há vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência e geralmente estão relacionados à qualidade de vida. Este trabalho tem o objetivo de elaborar um projeto de intervenção para auxiliar na melhoria do estilo e qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos do povoado Mata Verde. Esta proposta se fundamentou no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica, na Biblioteca Virtual em Saúde e outros sites onde foi pesquisado o tema em questão. Com base no levantamento realizado pela equipe, elaborou-se um plano de intervenção, onde os nós críticos foram identificados e classificados, de acordo com o seu grau de urgência para serem enfrentados. O plano em questão tem como base a prevenção e promoção de saúde e o foco principal será a diminuição dos fatores modificáveis, através de hábitos saudáveis, como exercícios físicos e boa alimentação. Esperamos que com essa proposta de intervenção, a equipe consiga orientar, educar e conscientizar esses pacientes, sobre os benefícios de possuir um estilo de vida saudável, contando para isso com o apoio da comunidade, das entidades sociais e governamentais.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes; Doenças Crônicas; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Chronic diseases, such as Diabetes and Hypertension, are the main cause of morbidity and mortality in the Brazilian population. There are several risk factors that increase the probability of its occurrence and are generally related to quality of life. This work aims to develop an intervention project to help improve the lifestyle and quality of life of diabetic and hypertensive patients in the Mata Verde village. This proposal was based on Strategic Situational Planning and bibliographic research, the Virtual Health Library and other websites where the present topic was researched. Based on the survey carried out by the team, an intervention plan was developed, where the critical nodes were identified and classified, according to their degree of urgency to be faced. The plan in question is based on prevention and health promotion and the main focus will be the reduction of modifiable factors, through healthy habits nutrition. We hope that with this interventional proposal, the team will be able to guide, educate and make these patients aware of the benefits of having a healthy lifestyle, counting on the support of the community, social and governmental entities.

Keywords: Primary Health Care; Hypertension; Diabetes; Chronic diseases; Quality of life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Mata Verde, Unidade Básica de Saúde IV, município de Maribondo, estado de Alagoas.

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aspectos demográficos da população adscrita do povoado Mata Verde.

Tabela 2: Aspectos epidemiológicos da população adscrita do povoado Mata Verde.

Tabela 3: Priorização dos problemas identificados no povoado Mata Verde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ACS's	Agentes Comunitários de Saúde
MS	Ministério da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 Aspectos gerais da comunidade.....	12
1.3 Aspectos demográficos.....	13
1.4 Aspectos epidemiológicos.....	13
1.5 Sistema municipal de Saúde.....	14
1.6 Unidade Básica de Saúde - IV.....	15
1.7 Equipe de Saúde da Família - Mata Verde.....	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA	20
5	REVISÃO 21
BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Doenças crônicas não transmissíveis.....	21
5.2 Hipertensão Arterial.....	24
5.3 Diabetes.....	24
6	PLANO DE 24
INTERVENÇÃO	
6.1 Descrição do problema selecionado.....	25
6.2 Explicação do problema.....	29
6.3 Seleção dos nós críticos.....	30
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão.....	
7	CONSIDERAÇÕES
FINAIS	
8 REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Maribondo é uma cidade localizada na região central do Estado de Alagoas, com 13.514 habitantes e distante 88 km da capital Maceió. A cidade é relativamente nova, possuindo 58 anos de emancipação política. Desde sua fundação Maribondo vem passando por melhorias, mas, apesar de sua situação geográfica estratégica, pois fica às margens da BR 316, ainda trata-se de uma cidade pequena, sem muito desenvolvimento, por isso muitos habitantes, principalmente os mais jovens, migram para outras cidades em busca de oportunidades.

As principais fontes de renda do município são a prefeitura e o comércio, e uma pequena parte das famílias vivem da agricultura e pecuária. Possui tradição na área cultural, principalmente o guerreiro, preservando festas religiosas como a festa da Padroeira Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Na política há diversificação no Poder Executivo, embora no Poder Legislativo se mantenha basicamente os mesmos vereadores.

Na área da saúde tem seu sistema municipal alicerçado na Atenção Primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que cobre 100% da população. Conta com cinco Equipes de Saúde da Família (eSF), cinco Equipes de Saúde Bucal (eSB) e 35 Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). A cidade está inserida na 8ª Microrregião de Palmeira dos Índios.

1.2 ASPECTOS GERAIS DA COMUNIDADE

Mata Verde é o maior povoado de Maribondo, localizado na zona Rural, com cerca de 2.500 habitantes. A principal fonte de renda da população provém do trabalho informal nas Pedreiras, extraindo pedras, função essa realizada quase que exclusivamente por homens. Já a maioria das mulheres são donas de casa e algumas famílias trabalham na agricultura. A estrutura de saneamento básico, referente ao abastecimento de água, apenas 9% dos domicílios utilizam água da rede pública, os demais utilizam água de poço ou nascentes. Quanto ao esgotamento sanitário, 20% dos domicílios não o possuem, lançando os resíduos a céu aberto.

Com relação à educação, a comunidade conta com uma Escola de atenção básica e os estudantes do ensino médio estudam em Maribondo. O analfabetismo é

elevado entre os habitantes com mais de 60 anos. A população conserva hábitos e credences característicos da zona Rural, o que fica bastante evidente nas comemorações religiosas. Mata Verde possui uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Tabela 1: Aspectos demográficos da população adscrita do povoado Mata Verde.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	2	4	6
1-4	20	28	48
5-14	136	188	324
15-19	123	196	319
20-29	150	167	317
30-39	155	194	349
40-49	88	117	205
50-59	138	203	341
60-69	113	145	258
70-79	67	89	156
≥ 80	37	59	96
TOTAL	1.029	1.390	2.419

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Tabela 2: Aspectos epidemiológicos da população adscrita do povoado Mata Verde.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	6
Hipertensos	135
Diabéticos	88
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	5
Pessoas que tiveram AVC	14
Pessoas que tiveram infarto	6
Pessoas com doença cardíaca	9
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	1
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	3
Pessoas com sofrimento mental	2
Acamados	9
Fumantes	643
Pessoas que fazem uso de álcool	860
Usuários de drogas	18

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2020

As principais causas de óbitos são as doenças cardíacas e complicações da diabetes. As doenças de notificação são dengue e hepatite.

1.5 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Rede de Atenção Básica conta com um Ambulatório 24 horas, cinco Unidades de Saúde da Família (ESF), sendo duas na Zona Rural e três na Zona Urbana, o mesmo acontece com as Equipes de Saúde Bucal.

Na Atenção Secundária o município possui laboratórios de diagnóstico clínico, clínica Médica em Atenção Especializada e Prestadores de Serviços Privados em diagnóstico por imagem, realizando uma média mensal de 540 atendimentos.

Os exames de patologia clínica são realizados no laboratório municipal que atende cerca de 70% da necessidade dos usuários do SUS. Os demais são realizados em laboratórios privados contratados e hospitais no atendimento de emergência.

Como Maribondo não possui Pontos de Atenção de Alta Complexidade, o município de referência para casos que requerem atenção especializada é Palmeira dos Índios. Apesar das dificuldades e desafios enfrentados, o Modelo de Atenção à Saúde de Maribondo está sendo organizado em Redes, um sistema integrado, caracterizado por prestar uma assistência contínua e integral à população com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção.

1.6 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - IV (UBS)

A UBS da Equipe do Povoado Mata Verde, foi inaugurada em 2004 e está situada na rua principal, bem no começo do povoado. É um prédio que foi construído especificamente para ser a Unidade de Saúde. Em 2018 foi reformada, portanto está em ótimas condições. Porém é um prédio pequeno, principalmente a área da recepção, por isso nos dias e horários de pico, cria-se um certo tumulto na Unidade. Não há espaço nem cadeiras para todos, e muitos pacientes têm que aguardar o atendimento em pé e muitas vezes na calçada, o que se torna motivo de muita reclamação por parte dos usuários.

As reuniões com a comunidade são realizadas na garagem da Unidade, pois é o ambiente com maior espaço. A Unidade está bem equipada, com recursos adequados. Entretanto, um problema de grande relevância e motivo de tensão entre a Equipe e a Secretaria de saúde é a falta de uma enfermaria adequada. Apesar das dificuldades, há um vínculo muito forte entre equipe e comunidade.

A UBS funciona das 7:30 as 16:00 horas, como não possui recepcionista, os agentes se revezam durante a semana para entrega de fichas, retirada de prontuários e marcação de consultas.

Embora tenha sido feita uma reforma recentemente, a Unidade está cheia de goteiras, grande motivo de reclamação por parte da auxiliar de serviços gerais quando chove. Quanto a materiais e equipamentos não há reclamações.

1.7 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MATA VERDE

A Equipe de Saúde da Família - IV, é composta por um médico clínico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários e uma Equipe de Saúde Bucal, composta por uma Odontóloga e um auxiliar de saúde bucal.

O tempo da Equipe de Saúde é ocupado da seguinte forma: o médico atende a maior parte da demanda espontânea, a enfermeira atende grupos específicos como gestantes, puericultura, citologia, hipertensos e diabéticos e a dentista atende, em sua maioria, as consultas programadas.

As visitas domiciliares são feitas em sua maioria pelos ACS's e em algumas situações, como pacientes acamados, pelo médico, enfermeira e dentista.

Em relação ao planejamento, pelo menos uma vez ao mês a Equipe se reúne para conversar sobre os problemas que aconteceram e pensar nas soluções, bem como em ações educativas de promoção e prevenção.

Como Mata Verde é localizada na zona rural, possui locais de difícil acesso, isso acaba dificultando o trabalho da equipe em relação aos moradores dessa região e também o próprio acesso desses usuários à Unidade. Outro problema enfrentado pela eSF é a mentalidade de uma parcela da população que possui resistência em participar de grupos e ações educativas.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE.

Após a realização do diagnóstico situacional pela equipe de Saúde, foi possível identificar alguns problemas que afetam a saúde da população do Povoado Mata Verde, de forma direta ou indireta. Logo em seguida os profissionais se reuniram e estabeleceram os principais problemas em caráter de urgência que acometem a comunidade.

Como prioridade temos: 1) as Doenças Cardiovasculares e o Diabetes, pois uma boa parte da população idosa é portadora de pelo menos uma dessas doenças, inclusive é uma das principais causas de internação e morte. 2) Grande parcela da população apresenta quadros de diarreias recorrentes, principalmente entre as crianças de um a oito anos de idade, inclusive com histórico de hospitalizações. E 3) falta de água potável, 90% dos domicílios utilizam água não tratada de nascentes ou poços.

Tendo em vista esses problemas e as causas relacionados à saúde da população mata-verdense, é necessário que um plano de ação seja elaborado pela Equipe de Saúde da Família do povoado em comum acordo com a Secretária de Saúde e a Gestão do município.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Mata Verde, Unidade Básica de Saúde IV, município de Maribondo, estado de Alagoas.

Tabela 3: Priorização dos problemas identificados no povoado Mata Verde

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doenças Cardiovasculares	Alta	8	Parcial	1
Diabetes	Alta	8	Parcial	2
Falta de água potável	Alta	8	Fora	4
Diarréias recorrentes	Alta	6	Parcial	3

Fonte: Elaborada pela autora, 2020

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica, pois, após um estudo realizado pela equipe de saúde, foi constatado o número elevado de pessoas, principalmente idosos, que são portadoras de doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes, sendo que em muitos casos o paciente é acometido por essas duas doenças. Isso é muito preocupante, porque é uma das principais causas de internação e mortalidade entre a população do povoado Mata Verde. Diante do novo cenário mundial, a pandemia pelo novo COVID-19, os cuidados devem ser redobrados, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pacientes hipertensos e diabéticos têm maior probabilidade de apresentar sintomas e ter complicações mais graves.

Outro motivo que requer atenção é o crescimento expressivo no número de casos entre a população mais jovem, o que é alarmante pois, segundo o Ministério da Saúde (2020), a maior prevalência de diabetes e hipertensão está entre adultos com 65 anos ou mais.

Após uma análise criteriosa foi identificada a necessidade de elaborar um plano de ação educativo para auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como de toda a comunidade para prevenir o máximo possível o aparecimento de novos casos.

3 OBJETIVOS

3.1. Geral

- O objetivo principal é elaborar um projeto de intervenção para as pessoas diabéticas e hipertensas da comunidade, bem como de toda a população.

3.2. Específico

- Diminuir os fatores de risco modificáveis presentes nos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Aumentar o nível de conhecimento e conscientizar a população sobre os riscos das doenças crônicas.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização do projeto de intervenção foi o diagnóstico situacional do território da Equipe de Saúde da Família IV, no município de Maribondo – AL, em que foram identificados os principais problemas da comunidade, escolhido o mais relevante e estudados os “nós críticos” dessa realidade.

Em uma segunda etapa foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando-se artigos científicos das bases de dados Scielo, BVS, bem como documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.). Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes; Doenças Crônicas e Qualidade de Vida.

A elaboração do trabalho seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial e diabetes melito (DM) constituem a primeira causa de mortalidade no Brasil. Além disso, apresentam elevado índice de morbidades, sendo responsáveis por grande número de hospitalizações, amputações, de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida dos pacientes, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013). Investir na promoção e prevenção é imprescindível não só para garantir a qualidade de vida, bem como evitar os consequentes gastos e o impacto econômico no Sistema Único de Saúde.

5.2 Hipertensão Arterial

Entre as doenças crônicas está a hipertensão arterial que é uma doença multifatorial, que caracteriza-se por elevação persistente dos níveis pressóricos (maior que 140 por 90 mmHg), é causa frequente de alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e de alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares (SILVA et al., 2018). É assintomática, o que acaba dificultando seu diagnóstico, que normalmente é feito em consultas de rotina, sendo seu controle necessário para a prevenção ou redução de complicações.

A pressão arterial (PA) é determinada pelo produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP), que por sua vez são influenciados por condições relacionadas ao volume de sangue circulante, frequência cardíaca, contratilidade e relaxamento do miocárdio, mecanismos vasoconstritores e vasodilatadores. É muito complexo para o organismo regular a PA, pois depende da ação integrada de diversos sistemas, como neural, renal, cardiovascular e endócrino. Assim, o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos é necessário para identificar as anormalidades que precedem a elevação da PA para níveis considerados patológicos.

O sistema nervoso autônomo tem participação significativa no controle da PA. Quando há uma hiperatividade simpática advinda de um estresse, por exemplo, ocorre a liberação de noradrenalina e adrenalina, gerando uma vasoconstrição que estimula o coração, rins e vasos periféricos, causando um aumento na frequência e débito cardíacos e na resistência vascular periférica (SANJULIANI, 2002).

Por conseguinte, essa vasoconstrição pode reduzir o fluxo sanguíneo renal, acarretando na liberação de renina. A renina leva a formação de angiotensina I, que é imediatamente transformada na circulação pulmonar em angiotensina II, um poderoso vasoconstritor que estimula a secreção de aldosterona pelo córtex adrenal. A aldosterona, por sua vez, induz a retenção de sódio e água pelos túbulos renais, levando a um aumento da pressão arterial (ANDRADE, 2010). Nota-se que a hipertensão arterial é resultado de uma série de fatores correlacionados.

5.3 Diabetes

Outra doença crônica que vem aumentando sua incidência ao longo dos anos é o diabetes que é caracterizado por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, resultando em alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (Brasil, 2013). Dessa forma, os níveis de glicose no sangue aumentam. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), há três tipos de DM: diabetes tipo I - quando pouca ou nenhuma insulina é liberada para o organismo; diabetes tipo II - quando o organismo não consegue usar de maneira satisfatória a insulina produzida ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa glicêmica; diabetes gestacional - durante a gestação, a placenta produz hormônios que diminuem a ação da insulina e para compensar, o pâncreas aumenta a sua produção. Entretanto, em algumas mulheres esse processo não ocorre e acabam desenvolvendo um quadro de diabetes.

Na literatura, existem diversos estudos realizados com o intuito de elucidar os mecanismos relacionados à fisiopatologia desse distúrbio endócrino. No diabetes tipo I, há uma destruição gradual das células Beta pancreáticas, provocando uma deficiência grave na secreção de insulina, sendo 95% causada por autoimunidade e 5% idiopática. Acredita-se que fatores genéticos, imunológicos e ambientais contribuem para que isso ocorra (ANDRADE, 2010). Já o diabetes tipo II, resulta de uma combinação entre deficiência na ação e liberação da insulina. Há uma

resistência à insulina pelos tecidos alvos, gerando um aumento da demanda por insulina na tentativa de compensar o déficit em sua ação. A manutenção deste quadro, causa uma exaustão nas células Beta, resultando em uma diminuição na secreção de insulina (ROCHA et al, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, em uma pesquisa realizada em 2019 pelo Vigitel, a prevalência entre os brasileiros foi: 7,4% diabéticos e 24,5% hipertensos. Infelizmente esse número é crescente; e o aparecimento dessas doenças é cada vez mais precoce. Alguns fatores de risco relacionados com ambas as doenças são: os constitucionais - idade e genética; e os modificáveis - má alimentação, sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Estudos epidemiológicos indicam que hipertensão arterial e diabetes são doenças frequentemente associadas. Silva et al. (2011) realizaram uma pesquisa quantitativa e documental com 297 usuários cadastrados em uma UBS no Ceará. Dos 297 pacientes cadastrados, 58 (19,5%) possuíam hipertensão associada ao diabetes. Outro estudo similar, foi realizado por Tormas et al. (2020) para analisar o perfil epidemiológico de uma UBS em Rondonópolis (MT), onde, dos 110 usuários, 21 (19,09%) possuíam hipertensão associada ao diabetes. Números relativamente baixos, mas deve-se levar em consideração que a doença cardiovascular é a principal causa de morte em diabéticos.

Tendo em vista, essa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2013). O plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, essas doenças. É de extrema importância para que isso ocorra, focar na promoção à saúde, melhorando o estilo de vida da população, através de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, prevenção do uso de álcool e tabaco.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado doenças crônicas, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

O quadro seguinte mostra o desenho das operações – a operação, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivas, financeiras e políticas). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1 Descrição do problema selecionado

De acordo com o levantamento realizado pela equipe de saúde, há uma média de 232 pacientes portadores de doenças crônicas no povoado Mata Verde, entre hipertensos, diabéticos e outras doenças cardíacas. Algumas ações de promoção e prevenção são realizadas, como palestras educativas, visitas domiciliares frequentes dos ACS's, médico e enfermeira. Outra ação muito importante é o grupo operativo com esses pacientes, embora, infelizmente, ainda não teve uma aceitação de 100%, principalmente entre os homens, fato esse que precisa ser analisado.

6.2 Explicação do problema selecionado

Sabe-se que há muitos fatores de risco relacionados a doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Após o estudo, constatou-se que, além dos fatores não modificáveis (genética e idade), tem os fatores modificáveis (má alimentação, sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool) que são justamente o foco do nosso plano de ação.

6.3 Seleção dos nós críticos

1. Má alimentação;
2. Sedentarismo e Obesidade;
3. Tabagismo e excesso de álcool.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão.

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

Nó crítico 1	Má alimentação
1º passo: operação (operações)	Modificar hábitos inadequados da alimentação.
2º passo: projeto	Nutrindo corpo e alma.
3º passo: resultados esperados	Melhorar a alimentação de pelo menos 50% dos pacientes hipertensos e diabéticos, no prazo de um ano.
4º passo: produtos esperados	Programa de acompanhamento nutricional; Programa minha horta comunitária; Campanha educativa na UBS e nas escolas.
5º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento e informação sobre o tema e estratégia de comunicação; Financeiro: aquisição de panfletos educativos e recursos audiovisuais, compra de um terreno para a horta comunitária e sementes para o plantio. Político: Articulação multiprofissional com nutricionista do Nasf, intersetorial com a Secretaria de Educação e Agricultura. Articulação com Gestor do município. Mobilização e participação social.
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: participação do Gestor do município e participação social. Financeiro: Verba para compra do terreno e de sementes para o plantio.
7º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gestor do município (motivação indiferente) responsável pela compra do terreno e das sementes para o plantio. Estratégia: reunião com o gestor, a equipe de saúde e líderes da comunidade. Participação social (motivação indiferente): para que o plano de intervenção dê certo, a comunidade deve estar bem engajada, para isso serão realizadas ações educativas.
8º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Programa de acompanhamento nutricional: Nutricionista atenderá todos os pacientes hipertensos e diabéticos, individualmente para elaboração de cardápio, a cada três meses - dois meses para o início. Minha horta comunitária: Será analisada a compra de um

	<p>terreno, e posteriormente a escolha de um grupo voluntário que ficará responsável pela horta - Secretário de agricultura - seis meses para o início.</p> <p>Campanha educativa na UBS e nas escolas - médico e enfermeira - um mês para o início.</p>
9º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Programa de acompanhamento nutricional: no primeiro mês: nutricionista designada, dia, horário e quantidade de pacientes definidos. Local de atendimento na própria UBS. Os ACS's ficarão responsáveis por captar esses pacientes. Dois meses para o início dos atendimentos</p> <p>Minha horta comunitária: nos primeiros dois meses, enfermeira ficará responsável por analisar os terrenos locais e entrar em contato com a secretaria de agricultura.</p> <p>Coordenação geral: Enfermeira</p>

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

Nó crítico 2	Sedentarismo e obesidade
1º passo: operação (operações)	Melhorar a qualidade de vida através de exercícios físicos.
2º passo: projeto	Vida Saudável
3º passo: resultados esperados	Diminuir em 50% o número de sedentários e obesos, no prazo de um ano.
4º passo: produtos esperados	Programa Academia na Praça, Programa Caminhar é Vida, Campanha educativa na UBS e nas escolas.
5º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento e informação sobre o tema e estratégia de comunicação;</p> <p>Financeiro: aquisição de panfletos educativos e recursos audiovisuais, confecção de camisas na gráfica para identificar e organizar o grupo.</p> <p>Político: Articulação multiprofissional com Nasf e Secretaria de Saúde, intersetorial com a Secretaria de Educação, Mobilização e participação social.</p>
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Político: participação social.</p> <p>Financeiro: Verba para confecção das camisas.</p>

7º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Secretaria de Saúde (motivação favorável) responsável pela compra das camisas. A Secretaria já se colocou à disposição.</p> <p>Participação social (motivação indiferente): para que o plano de intervenção dê certo, a comunidade deve estar bem engajada e querer de fato participar dos grupos, para isso será realizado ações educativas.</p>
8º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Programa Academia na praça e Caminhar é Vida: O programa é para toda a população, mas inicialmente o foco será os pacientes hipertensos e diabéticos. Educador físico e fisioterapeuta do Nasf responsáveis por avaliar cada um - dois meses para o início.</p> <p>Campanha educativa na UBS e nas escolas: palestras educativas, panfletagem - médico e enfermeira - um mês para o início.</p>
9º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Programa Academia na praça e Caminhar é Vida: no primeiro mês: educador físico e fisioterapeuta designados, triagem realizada, local, horário, dia e quantidade de participantes definidos. Em seguida, entrar em contato com a secretaria para a confecção das camisas. Dois meses para o início das atividades.</p> <p>Campanha educativa: Toda a equipe de saúde realizará rodas de conversas, palestras sobre o tema. Nos primeiros quinze dias, confeccionar panfletos, banners, slides. Um mês para o início.</p> <p>Coordenação geral: Enfermeira</p>

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Hipertensão Arterial e Diabetes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, povoado Mata Verde, Maribondo, Alagoas.

Nó crítico 3	Tabagismo e excesso de álcool
1º passo: operação (operações)	Modificar hábitos e vícios da população
2º passo: projeto	12 Passos
3º passo: resultados esperados	Diminuir em 50% o número de tabagistas e etilistas, no prazo de um ano.
4º passo: produtos esperados	Grupo 12 passos, Campanha educativa na UBS
5º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento e informação sobre o tema e estratégia de comunicação;

	<p>Financeiro: aquisição de panfletos educativos e recursos audiovisuais,</p> <p>Político: Articulação multiprofissional com Nasf e Secretaria de Saúde, Participação do público alvo.</p>
6º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: participação do público alvo.
7º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Participação do público alvo (motivação indiferente): a maioria dos pacientes tabagistas não tem interesse em parar de fumar, e os que são alcoólatras não admitem o problema. Esse ponto será um grande desafio para a equipe.
8º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Grupo 12 passos: inicialmente o foco será os pacientes que bebem e/ou fumam. Reuniões semanais com enfermeira, médico e psicóloga, bem no estilo das reuniões do AA. Dois meses para o início.</p> <p>Campanha educativa na UBS: palestras educativas, panfletagem - médico e enfermeira - um mês para o início.</p>
9º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Grupo 12 passos: No primeiro mês, ACS's farão um levantamento para saber o número exato desses pacientes, com foco nos que já apresentam alguma doença crônica. Quantidade de participantes, dia, local e horário das reuniões definidas. Dois meses para o início.</p> <p>Coordenação geral: Enfermeira</p>

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a obtenção adequada do planejamento e implementação do plano de intervenção voltado aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do povoado Mata Verde, tornando-o mais viável, é necessário buscar formas cabíveis e criativas de enfrentar os desafios que sem dúvida surgirão, dentre eles o mais relevante é a participação continuada do paciente.

Inseridos em um grupo de doenças crônicas, praticamente assintomáticas e cujo controle implica em mudanças no estilo de vida dessa parcela da população, deve-se levar em consideração que cada paciente é diferente do outro, cada um possui crenças e hábitos próprios, por isso a Equipe de Saúde da Família - IV precisa manter um vínculo com a comunidade para que os usuários sintam-se seguros e confiem nos profissionais da saúde. Além disso, é importante ter em mente que a gravidade da patologia, bem como a frequência de complicações preexistentes difere em cada paciente.

O Plano de Intervenção, alicerçado na dieta alimentar, exercícios físicos, educação e conscientização, exige mudanças de postura frente a hábitos e estilo de vida inadequados, sendo a colaboração e participação do paciente e de sua família de fundamental importância para a efetividade do plano e para que se tenha um bom prognóstico a longo prazo.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.L. **Caracterização da associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial na atenção primária: estudo quantitativo no município de Jeceaba - MG.** 2010. 47f. Monografia (Trabalho de conclusão de Curso) - Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0645.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2021.

BRASIL, Ministério da saúde. **Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros.** Brasília: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46792-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-2>>. Acesso em: 30 maio 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados.** Maribondo, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/al/maribondo/panorama>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIBONDO/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde,** Maribondo - AL, 2018.

ROCHA, F. D. et al. Diabetes mellitus e estresse oxidativo: produtos naturais como alvo de novos modelos terapêuticos. **Rev. Bras. Farm.**, vol. 87, n. 2, p. 49-54. Erechim, 2006. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/pag_49a54_DIABETES_MELLITUS.pdf> Acesso em: 11 fev. 2021.

SANJULIANI, A.F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Rev. Socerj**, vol. 15, n. 4. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002_04/a2002_v15_n04_art02.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertenso/diabético de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, vol. 46, n. 5. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2020.

SILVA, D.B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da Família. **Rev. brasileira em promoção da saúde**, vol. 24, n. 1, p. 16-23, Fortaleza, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2046>>. Acesso em: 08 dez 2020.

SILVA, M.G.C; DOMINGOS, T.S.; CARAMASCHI, S. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: Concepções de homens e mulheres. **Psic., Saúde & Doenças**, vol.19, n. 2. Lisboa, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200021>. Acesso em: 10 dez 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES- SBD, **Tipos de Diabetes**, 2019.
Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/tipos-de-diabetes>>.
Acesso em: 02 dez 2020.

TORMAS, D. P. et al. Hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma Estratégia Saúde da Família: perfil e associação aos fatores de risco. **Rev. Inter. em estudos em saúde**, vol. 9, n. 1. Rondonópolis, 2020. Disponível em:
<<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1743/1112>>. Acesso em 12 fev. 2021.