



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

Ambrosia dos Santos Silva

ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO
DIABETES MELLITUS PARA OS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE

MACEIÓ
2022

AMBROSIA DOS SANTOS SILVA

**ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO
DIABETES MELLITUS PARA OS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

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: Janine Melo de Oliveira

MACEIÓ

2022

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

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB4/1767

S586e Silva, Ambrosia dos Santos.
Estratégia de controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus para os usuários de uma Unidade Básica de Saúde / Ambrosia dos Santos Silva. – 2022.
31 f.: il.

Orientadora: Janine Melo de Oliveira.
Trabalho de conclusão de curso (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 29-31.

1. Hipertensão. 2. Diabetes mellitus. 3. Fatores de risco. 4. Estratégias de intervenção. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

Folha de Aprovação

AUTOR:AMBROSIA DOS SANTOS SILVA

**ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
E DO DIABETES MELLITUS PARA OS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

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 20 de Abril de 2022.

Janine Melo de Oliveira

Prof^ª Mestre Janine Melo de Oliveira, UFAL (Orientadora)

Examinador/a:

Ednaldo Almeida Gomes.

Prof^º Dr. Ednaldo Almeida Gomes, UFAL (Examinador/a)

AMBROSIA DOS SANTOS SILVA

**ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO
DIABETES MELLITUS PARA OS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

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.

Orientador: Janine Melo de Oliveira

Banca examinadora

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Maceió, em (00) de (mês) de 2022.

DEDICATÓRIA

A Deus, por mais um passo. Aos meus pais, pelo carinho e incentivo. A todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram com o desenvolvimento da pesquisa.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não
é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas que acometem inúmeros pacientes e que devem ser tratadas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade e prolongar a expectativa e qualidade de vida dos pacientes. Tantas medidas simples, que incluem o trabalho de educação continuada em saúde e o autocuidado, quanto medidas farmacológicas e de mudança de estilo de vida são fundamentais para obter a meta terapêutica reduzindo o risco cardiovascular destes indivíduos. Porém, uma das grandes dificuldades encontradas na atenção básica é o sub diagnóstico e o tratamento subclínico desta população. O objetivo desse trabalho é propor um plano de intervenção para auxiliar no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para usuários da UBS Arnon Barbosa da Silva. Trata-se de uma proposta de intervenção sustentada por bases literárias analisadas sistematicamente e construídas a partir de livros e artigos científicos direcionados pelos seguintes descritores em ciências da saúde: Saúde da Família, Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O plano de ação proposto foi construído por etapas como: diagnóstico situacional e construção teórica do estudo, análise de território identificação dos principais problemas enfrentados no território, construção dos principais nós críticos, priorização dos problemas, construção do Planejamento Estratégico Situacional, gerando a proposta de intervenção. As ações de intervenção foram projetadas de acordo com a realidade local, identificadas pela observação e descrição dos dados observados em campo, da rotina da Unidade Básica de Saúde e do fluxo de atendimentos realizados diariamente pela unidade. Espera-se que à medida que o projeto seja aplicado ocorra a redução da demanda espontânea relacionada às complicações agudas e crônicas da hipertensão e da diabetes bem como a redução do risco cardiovascular dos pacientes à medida que as metas terapêuticas sejam alcançadas e, à longo prazo, a redução da morbimortalidade associada a estas patologias.

Palavras-chave: Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Fatores de risco. Estratégia de intervenção.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are chronic that affect many patients and that must be morbidity treated with the aim of reducing and mortality and prolonging the patients' life diseases and quality. So many simple measures, which include continuing health education work and self-care, as well as pharmacological measures and lifestyle changes are essential to achieve the therapeutic goal by reducing the cardiovascular risk of these individuals. However, one of the great difficulties encountered in primary care is the subdiagnosis and subclinical treatment of this population. The objective is to propose an intervention plan to assist in the monitoring of patients with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. The methodology of this work is an intervention proposal supported by literary bases and scientific articles and built from books directed by the books in health Family Health, Chronic Diseases, Arterial and Diabetes Mellitus The proposed action plan was built in stages such as: situational diagnosis and theoretical construction of the study, territory analysis, identification of the main problems faced in the territory, construction of the main critical nodes, prioritization of problems, construction of the Situational Strategic Planning , generating the proposal of intervention. The intervention actions (action plan) were designed according to the local reality, identified by the observation and description of data observed in the field, the routine of the UBS and the flow of care provided daily by the unit. The intervention plan was carried out in this work throughout the discussion. Expected results: It is expected that as the project is implemented, there will be a reduction in spontaneous demand related to acute and chronic complications of hypertension and diabetes, as well as reduction in the cardiovascular risk of patients as the therapeutic goals are reached. and, in the long term, the reduction of morbidity and mortality associated with these pathologies

Keywords: Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. risk factors Intervention strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Arnon Barbosa da Silva (centro), município de Taquarana, estado de Alagoas.	16
Quadro 2 - Problemas apresentados pela Unidade Básica de Saúde Arnon Barbosa da Silva – Centro	23
Quadro 3 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.	24
Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.	25
Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAF	Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
eSF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PPI	Programa Parcerias e Investimentos
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.2 Diabetes mellitus	21
5.3 Educação em Saúde	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
8 REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são considerados os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), dentre outros. Essas doenças, associadas ou isoladamente, elevam a invalidez parcial ou total da população, trazendo graves repercussões para o paciente, a família, os cuidadores e para a saúde pública. Quando ambas são diagnosticadas precocemente, há a possibilidade de evitar complicações ou retardar a progressão daquelas já existentes (MION et al., 2014).

A HAS, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MION et al., 2014).

A DM é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2002). A doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes por ela acometidos, além dos altos custos para o controle de suas complicações (GARATINI et al., 2004).

Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar condições como neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual (SILVA et al., 2006).

Assim, segundo Assunção, Santos e Gigante (2001), o manejo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A Equipe de Saúde da Família (ESF) possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (BRASIL, 2000).

Porém, um dos principais problemas que os profissionais da saúde enfrentam no dia a dia é a falta de adesão ao tratamento de forma regular e sistemática por parte da população. Isso acontece devido ao longo prazo que o paciente convive com a doença, além da dificuldade que apresentam em alterar a rotina e o estilo de vida (VARGAS; INGRAM; GILLUM, 2013).

Para Piancastelli, Spirito e Flisch (2011), a adesão é um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e controle da doença.

Corroborando Pierin, Strelec e Mion (2004) consideram a forte influência do meio ambiente e dos profissionais de saúde pelos cuidados de assistência médica neste processo comportamental. A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes pode provocar frustração nos profissionais de saúde, por se constituir como elemento dificultador na obtenção do sucesso terapêutico.

De acordo com Gomes, Silva e Santos (2010) existem alguns fatores que dificultam a adesão ao tratamento, um dos de maior relevância seria a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente e a convivência com um problema que não apresentou sintomatologia significativa. Os efeitos colaterais que podem variar entre hipotensão, taquicardia, tontura, arritmia e tosse seca podem ser um dos maiores dificultadores para o tratamento correto.

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Taquarana está situado na microrregião de Arapiraca, ocupando uma área total de 166,48 km², com uma altitude de 300 metros acima do nível do mar, dista 114 km da capital, Maceió. Suas coordenadas “geográficas “são: 9° 39’ 08” de latitude sul e 36° 29’ 07” de longitude oeste de W. Greenwich.

Segundo os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), o município apresenta população de 20.205 habitantes. Podemos observar que, 52,4% da população é do sexo feminino e 47,6% são do sexo masculino, pela estimativa do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Taquarana ocupa 5306^a posição, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 5.305 (95,33%) municípios estão em situação melhor e 259 (4,66%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos outros 102 municípios de Alagoas, Taquarana ocupa 69^a posição, sendo que 68 (66,76%) municípios estão em situação melhor e 33 (32,35%) municípios estão em situação pior ou igual.

Em 2009, o município adotou 100% da rede básica como modelo de atenção. Seu corpo técnico coordena e acompanha as equipes de saúde da família e as ações de prevenção e promoção de cuidados de saúde. Promove também o fornecimento de medicamentos via farmácia básica; exames complementares; atendimento médico e de enfermagem e outros serviços.

O município apresenta-se com 6.124 domicílios, sendo 2.808 na zona urbana e 3.316 na zona rural, quanto à classificação dos domicílios, apresentam-se com 4.988 domicílios de Tijolo/Adobe; 214 Taipa Revestida; 87 de Taipa não revestida e 1 de material aproveitado. 4.456 dos domicílios possui energia elétrica, 1620 são não informados e 48 não possuem energia elétrica. O município não dispõe de sistema de esgotamento, 5.306 possuem fossas; e 143 domicílios a céu aberto; não informado 552.

O abastecimento de água no município dá-se da seguinte maneira: 2.246 utilizam-se da rede pública; 2.749 são advindas de poços ou nascentes; 422 de outras fontes e 493 não informada. 636 domicílios utilizam água filtrada, 27 domicílios utilizam água fervida; 4.965 domicílios utilizam água clorada, 126 sem tratamento e não informado 368.

Quanto ao destino do lixo, 3.273 domicílios utilizam-se da coleta pública, 2.312 queimam/enterram o lixo e 53 domicílios deixam a céu aberto, segundo informações do E-SUS (2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Taquarana tem como modelo assistencial da Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família (eSF), caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, compreendendo a promoção a saúde, proteção e prevenção dos agravos à saúde, diagnosticando, tratando, reabilitando e buscando reduzir os danos à saúde das pessoas.

Sua atuação se verifica nas áreas prioritárias do Pacto pela Saúde, que contempla a eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; a assistência integral á saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do idoso; saúde bucal; promoção da saúde e educação permanente em saúde.

A estratégia é composta por 8 ESF habilitadas, de forma a caracterizar cobertura de 100% da população. Conta ainda com 48 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 04 Equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF, serviço de saúde bucal com demanda espontânea e uma Unidade Móvel Odontológica

O município adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para garantir a assistência aos seus munícipes. Para garantir a saúde e o bem-estar coletivo da população, a

Gestão Municipal junto à equipe, elaborou propostas com garantia da assistência a população vista na Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistência médica nas Unidades onde funcionam a Equipe de Saúde da Família é prestada 40 horas semanais, na Unidade Mista Nossa Senhora de Fátima por plantões de 24 horas os sete dias da semana e o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) 40 horas semanais.

São realizadas, consultas médicas, visitas domiciliares, investigações de óbitos e outras ações educativas pela Equipe de Saúde da Família. O atendimento é realizado em todas as unidades. São os auxiliares e enfermeiros que desenvolvem as ações de enfermagem com atividades, destacando a atenção à criança e a mulher. São realizados procedimentos de vacinação, administração de medicação injetável, curativos, nebulizações, consultas de enfermagem, investigações epidemiológicas e ações de cunho educativo como orientações de higiene, nutrição, cuidados básicos de saúde e etc.

Quanto aos exames de rotina, estes são realizados no município, pois existe laboratório de patologia clínica próprio e dois privados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, mas o atendimento ainda é deficitário. Os exames complementares são encaminhados para os municípios de referência no programa parcerias e investimentos (PPI) da Assistência – Arapiraca e Maceió.

O município dispõe de 4 Equipes de Saúde Bucal implantadas junto as Equipes de Saúde da Família, com carga horária de 40hs semanal e ainda conta com 02 odontólogos que prestam serviços ambulatorial com demanda espontânea, garantindo a assistência básica odontológica.

A Assistência de urgência no município de Taquarana é prestada na Unidade Mista Nossa Senhora de Fátima com funcionamento de 24 horas durante os sete dias da semana. A assistência especializada é prestada no CAPS, onde são realizadas consultas especializadas em psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, dentre outras. Quando as especialidades que a população necessita e não existem no município, os munícipes são encaminhados para os municípios de referência da PPI, que são os municípios de Arapiraca, Maceió e Coruripe.

Os serviços especializados existentes no município são os já mencionado anteriormente.

O município dispõe de uma Farmácia Central, Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) que regula a distribuição/abastecimento de medicamentos para as Farmácias Básicas inseridas nas Unidades Básica de Saúde (UBS) e na Unidade Mista que por sua vez vem distribuindo de forma gratuita medicamento à população atendida nas Unidades Básicas, bem

como dos que buscam outros serviços. A farmácia cumpre sua função social atendendo a todos como preceitua o princípio da Universalidade do SUS.

A CAF tem 04 profissionais de nível médio e 01 de nível superior, funcionando os sete dias da semana.

1.3 Aspectos da comunidade

A unidade básica de saúde Arnon Barbosa da Silva-centro/serra, situa na Rua João Permínio, no centro da cidade. Abriga duas unidades de saúde num mesmo prédio. Ela abrange o centro da cidade e alguns sítios vizinhos. Foi inaugurada em 2015, é um prédio novo, que possui boa estrutura física.

As principais fontes de renda da população é o comércio local, o serviço público e a agricultura. Se tem um razoável saneamento básico onde praticamente todas as ruas do centro tem calçamento. A área de abrangência tem escolas, prefeitura, igrejas, bancos, lojas diversas, laboratórios, farmácias e etc.

Os problemas identificados durante a realização do diagnóstico da UBS foram:

- Elevado número de pacientes hipertensos;
- Elevado número de pacientes diabéticos
- Aumento de usuários em abuso de álcool;
- Uso abusivo de medicamento para saúde mental;
- Hábitos de vida inadequados;
- Pouca adesão aos projetos e atividades educativas principalmente por pessoas com doenças crônicas.

Para que as ações sejam definidas e os problemas sejam priorizados serão descritos, no quadro abaixo (Quadro 1), o diagnóstico situacional.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde centro, Unidade Básica de Saúde Arnon Barbosa da Silva, município de Taquarana, estado de Alagoas.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTANCIA	URGENCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevado número de pacientes hipertensos.	Alta	8	Parcial	1

Elevado numero de pacientes com diabetes.	Alta	7	Parcial	2
Aumento de usuários em abuso de álcool.	Alta	4	Parcial	3
Uso abusivo de medicamento para saúde mental.	Alta	6	Parcial	4
Hábitos de vida inadequados.	Alta	6	Parcial	5
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas principalmente por pessoas com doenças crônicas.	Alta	6	Parcial	6

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com maior incidência são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O projeto de intervenção será

desenvolvido propondo estratégias para auxiliar no controle da HAS e DM dado a sua importância epidemiológica e riscos de agravos.

A abordagem da HAS e DM são constituídas de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (MION et al., 2002; SBD, 2002). Assim, o sucesso do controle das taxas de pressão arterial e glicemia depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Na UBS Arnon Barbosa da Silva - Centro há um elevado número de pacientes que possuem hipertensão e diabetes. A hipertensão e a diabetes podem causar danos irreparáveis na saúde de uma pessoa e constitui um fator de risco importante para o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central provocando sequelas que em muitos casos desequilibram a saúde do indivíduo, da família e da economia pública.

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, quando os profissionais conhecem os fatores de risco para diversas doenças, e tem domínio sobre como são os hábitos e estilos de vida de sua população, fica mais fácil programar uma intervenção positiva por equipes multiprofissionais e com custos relativamente baixos.

3 OBJETIVO

Propor estratégias para auxiliar no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para usuários da UBS Arnon Barbosa da Silva.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção sustentada por bases literárias analisadas sistematicamente e construídas a partir de livros e artigos científicos direcionados pelos

seguintes descritores em ciências da saúde: Saúde da Família, Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O plano de ação aqui proposto foi construído por etapas como: diagnóstico situacional e construção teórica do estudo, análise de território identificação dos principais problemas enfrentados no território, construção dos principais nós críticos, priorização dos problemas, construção do Planejamento Estratégico Situacional, gerando a proposta de intervenção.

As ações de intervenção (plano de ação) foram projetadas de acordo com a realidade local, identificadas pela observação e descrição dos dados observados em campo, da rotina da UBS e do fluxo de atendimentos realizados diariamente pela unidade. O plano de intervenção foi descrito sistematicamente ao longo da discussão realizada neste trabalho.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes afetam milhões de pessoas no mundo, e podem ser causadas por diferentes fatores de risco como estilo de vida inadequado e

falta de exercícios físicos que podem provocar muitas complicações para a vida dos pacientes, além de interferir no seu relacionamento social e lhe provocar alterações psicológicas e biológicas irreversíveis (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

As pessoas hipertensas e diabetes devem ter conhecimento sobre as doenças, seus fatores de riscos e complicações, para que possam aderir a uma alimentação saudável, ações de autocuidado, tratamento e prevenção das complicações, passando a ter uma boa qualidade de vida.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência (cerca de 20% da população adulta) como também pela acentuada parcela de usuários não diagnosticados ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (CIPULLO, 2010).

É uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (MALACHIAS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2003) definiu a hipertensão arterial sistêmica como: uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica.

O tratamento da HAS tem como objetivo reduzir a mortalidade e a morbidade favorecendo o controle de outros fatores de risco secundários como as doenças cardiovasculares, devolvendo uma melhor expectativa e qualidade de vida aos pacientes (BRASIL, 2006).

Combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda população e nos grupos de maior risco de desenvolver a doença e aqueles com história familiar de hipertensão. O aparecimento da hipertensão é facilitado pelo excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio e consumo excessivo de álcool. No grupo com pressão normal limítrofe também contribuem para o aumento do risco cardiovascular as dislipidemias, intolerância à glicose e diabetes, tabagismo, menopausa e estresse emocional (MION et al., 2014).

As medidas preventivas incluem: manutenção do peso ideal, prática regular de atividade física, redução da ingestão de sal e aumento da de potássio, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, seguir dieta saudável, que deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixo teor de colesterol, elevado teor de potássio e fibras e baixo teor de sódio. O valor calórico total deve ser ajustado para obtenção e manutenção do peso ideal. A observância global da dieta é mais importante do que o seguimento de medidas isoladas (MION et al., 2014).

5.2 Diabetes mellitus

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

O DM é uma patologia cuja prevalência aumenta a cada dia, e ocorre devido alterações da tolerância à glicose do organismo, e está intimamente ligada a doenças cardiovasculares e complicações microvasculares. Seu controle implica em melhor qualidade de vida dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; BRASIL, 2013).

No Brasil, o DM é um problema de saúde pública, com aumento da incidência de taxas de morbimortalidade e ainda algumas sequelas nos pacientes como a cegueira, a retinopatia diabética, a insuficiência renal terminal e ainda amputações de extremidades. Vários pacientes com DM ficam, no decorrer dos anos, incapazes ou com limitações que interferem diretamente no trabalho e nas suas atividades de vida diária, em decorrência das complicações crônicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Os principais sintomas do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. O diagnóstico ocorre por meio de exames laboratoriais, como glicemia de jejum, hemoglobina glicada ou teste de tolerância oral à glicose (BRASIL, 2013).

5.3 Educação em Saúde

A educação em saúde é considerada uma importante estratégia no cuidado dos hipertensos e diabéticos, principalmente na atenção básica à saúde (ABS), contribuindo na prevenção e redução dos agravos decorrentes da HAS e do DM (VASCONCELOS et al., 2017).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática (FALKENBERG et al., 2014).

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO et al., 2007).

A temática deve envolver a compreensão de projetos de sociedades e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (FALKENBERG et al., 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado Hipertensão Arterial Sistêmica e 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 “nós crítico”, a (s) 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

A Unidade Básica de Saúde Arnon Barbosa da Silva - Centro possui em sua área de abrangência 475 pessoas portadoras de hipertensão arterial e 139 diabéticos (Quadro 2). É possível perceber que não há controle dessas doenças crônicas nesses pacientes, necessitando de estratégias para auxiliar nessa condição.

Quadro 2- Problemas apresentados pela Unidade Básica de Saúde Arnon Barbosa da Silva – Centro.

DESCRIÇÃO	VALORES	FONTES
Hipertensos	475	e-SUS
Diabéticos	139	e-SUS
Tabagistas	138	e-SUS
Alcóolatra	99	e-SUS
Obesos	53	Registro da equipe

6.2 Explicação do problema selecionado

No dia a dia da Unidade Básica de Saúde Arnon Barbosa da Silva - Centro observou o grande número de pacientes com HAS alterada e DM descompensado, isso levou a equipe a pensar sobre estratégias para auxiliar no controle da hipertensão e diabetes propondo através de projetos de intervenção a mudança nos hábitos e estilo de vida da população, visando o que pode ser melhorado. O tema foi debatido em reunião e a equipe viu como nós críticos a ser enfrentados por todos.

O problema priorizado foi a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus. Este fato traz muita preocupação para a equipe devido ao número grande de pacientes com pressão arterial descompensada e glicemia descontrolada que podem levar a

internação hospitalar e mesmo o aparecimento de complicações que podem ser irreversíveis levando a sequelas graves e até ao óbito.

6.3 Seleção dos nós críticos

1. Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados.
2. Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) insuficientes.
3. Dificuldades dos usuários em seguir orientações.

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.

6º passo: Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados.
6º Operações	Estimular hábitos saudáveis e atividades físicas; Usar corretamente a medicação, comparecer as consultas e grupos de hiperdia.
6º passo: Projeto	Saúde e qualidade de vida.
6º passo: Resultados esperados	Diminuir o número de sedentários, hipertensos e diabéticos. Diminuir o uso contínuo de medicações, controle da HAS e DM.
6º passo: produtos esperados	Palestras educativas enfatizando a importância do autocuidado e uso contínuo de medicações, com a presença de todos os pacientes. Adesão da população aos hábitos saudáveis.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema, ações na comunidade, sala de espera, realização de grupos de HIPERDIA. Financeiro: para aquisição de recursos visuais como folhetos e matérias necessários pras atividades. Político: articulação intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: meios de comunicação e informações sobre o tema abordado. Político: conseguir espaço nos meios de comunicações da cidade. Financeiro: financiamento para compra de materiais visuais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária de saúde: motivação favorável. Equipe de saúde: motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos.	Prazo de três meses, responsáveis: médico, enfermeira e ACS.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações.	Educação em saúde: aos três meses, implantado na unidade sede e nos apoios, utilizando recursos visuais. Responsável pelo monitoramento e avaliação das ações: enfermeira e médico e apoio da educadora física e nutricionista.

Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.

6º passo: Nó crítico 2	Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) insuficientes.
6º Operações	Capacitação dos profissionais.
6º passo: Projeto	Mais conhecimento.
6º passo: Resultados esperados	Atividades realizadas de forma planejada e organizada.
6º passo: produtos esperados	Cursos de capacitações.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema, capacitações para os profissionais. Financeiro: para aquisição de matérias para os treinamentos. Político: articulação intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: meios de comunicação e instrutores para capacitar os profissionais. Político: conseguir espaço físico pra realização do treinamento. Financeiro: financiamento para compra de materiais visuais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária de saúde: motivação favorável. Equipe de saúde: motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos.	Prazo de quatro meses, responsáveis: médico, enfermeira e ACS.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações.	Educação em saúde: aos quatro meses, implantado na unidade sede e nos apoios, utilizando recursos visuais. Responsável pelo monitoramento e avaliação das ações: enfermeira e médico.

Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus alterado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arnon Barbosa da Silva, do município Taquarana, estado de Alagoas.

6º passo: Nó crítico 3	Dificuldades de os usuários seguir orientações.
6º Operações	Melhorar o nível de esclarecimento para os usuários.
6º passo: Projeto	Aprendendo mais.
6º passo: Resultados esperados	População mais informada.
6º passo: produtos esperados	Usuários saberem da importância do uso correto das medicações.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações, ações na comunidade, sala de espera, realização de grupos de HIPERDIA. Financeiro: para aquisição de recursos visuais como folhetos. Político: articulação intersetorial.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: meios de comunicação e informações sobre o tema abordado. Político: conseguir espaço nos meios de comunicações da cidade carros de som, panfletagem. Financeiro: financiamento para compra de materiais visuais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária de saúde: motivação favorável. Equipe de saúde: motivação favorável.

9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos.	Prazo de quatro meses, responsáveis: médico, enfermeira e ACS.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações.	Educação em saúde: aos quatro meses, implantado na unidade sede e nos apoios, utilizando recursos visuais. Responsável pelo monitoramento e avaliação das ações: enfermeira e médico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi elaborado um plano operativo para o enfrentamento dos problemas identificados como prioridade pela equipe da UBS Arnon Barbosa da Silva – Centro, Taquarana -Alagoas, relacionado a baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Seu desenvolvimento demonstrou que é possível implantar ações para auxiliar no controle das doenças, através de atividades físicas e alimentação saudáveis, além do uso adequado das medicações.

Ressalta-se a necessidade de medidas educativas que influenciem no autocuidado dos cidadãos, considerando-se mudanças que ofereçam um maior controle dos fatores de risco associados á hipertensão e ao diabetes visando contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Espera-se que os resultados das atividades propostas neste plano de intervenção, como as palestras e grupos operativos, possam de fato conscientizar as famílias da comunidade, tornando esses núcleos disseminadores do aprendizado em relação das consequências do mal controle de hipertensão e diabetes na vida diária das pessoas.

REFERENCIA

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, P. D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 88-95, 2001.

BRAND, C; SCHUH, L.X; GAYA, A. R. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, **Brasil Cinergis** .v.14,n.3,p.161-165, : 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: https://www.google.com/search?gs_ssp=eJzj4tTP1Tcwysk2yVJgNGB0YPBiyUxKTwUAONEFLQ&q=ibge&oq=ibge&aqs=chrome.1.69i60j46i199i291i433i512j0i512j0i433i457i512j0i402j69i6013.4316j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 28 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família Brasília**: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica**, n 15, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

CIPULLO, José Paulo; et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.**, v. 94, n. 4, São Paulo, abr.2010.

- FALKENBERG, MIRIAN BENITES; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- GARATTINI, L.; et al. Direct medical costs unequivocally related to diabetes in Italian specialized centers. **The European Journal of Health Economics**, Berlim, v.5, n.1, p.15-21, 2004.
- MACHADO, M. F. A. S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MALACHIAS, Marcus V. B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 2-3, 2010.
- MION, J. D.; et al. **Hipertensão Arterial**: abordagem geral. 2014. Disponível em: Acesso em: 08.Mar. 2022
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.
- PIANCASTELLI, C.; SPIRITO, G.; FLISCH, T. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Nescon, 2011.
- PIERIN, A.; STRELEC, M.; MION, D. J. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento**. In: PIERIN, A. (Ed.). **Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. p. 275–284.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARANA-AL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. **Plano Municipal de Saúde - 2018-2021**.
- SILVA, T. R.; et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2006.
- VARGAS, C. M.; INGRAM, D. D.; GILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment. **American Journal of Epidemiology**. v. 152, n.3, p. 272- 278, 2013
- VASCONCELOS, M. I. O.; et al.. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS.**, v. 20, n. 2, p. 253-262, 2017.