

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

**Kamylla Acioly de Araújo Jatobá**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DO HIPERDIA EM UMA UNIDADE**  
**BÁSICA DE SAÚDE**

**Maceió**

**2022**

**Kamylla Acioly de Araújo Jatobá**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DO HIPERDIA EM 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.

Orientador: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.

**Maceió  
2022**

**Catálogo na Fonte Universidade  
Federal de Alagoas  
Biblioteca Central  
Divisão de Tratamento Técnico  
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas**

J39a Jatobá, Kamylla Acioly de Araújo.  
Acompanhamento dos pacientes do HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde  
/ Kamylla Acioly de Araújo Jatobá. – 2022.  
31 f.

Orientadora: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.  
Monografia (Especialização 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. Atenção primária à saúde. 4. Fatores de  
risco de doenças cardíacas. I. Título.

CDU: 614:616.12-008.331.1

**Kamylla Acioly de Araújo Jatobá**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES DO HIPERDIA EM 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: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva.

Banca examinadora

Professor (a). Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima, Mestre, UFAL.

*Janine Melo de Oliveira*

Professor (a). Janine Melo de Oliveira, Mestre, UFAL.

*Viviane Vanessa R. da Silva  
Santana Lima*

Aprovado em Maceió, em 28 de janeiro de 2022.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, ao meu esposo Felipe, meu incentivador, ao meu filho Bernardo, minha fortaleza e aos meus pais, que são minha vida.

*“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos”.*

**Friedrich Nietzsche**

## RESUMO

A Estratégica da Saúde da Família é a porta de entrada principal e o centro articulador dos serviços de saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi inaugurada há cerca de quatro anos, possui um total de 2.683 da população adscrita a equipe de saúde da família e abrange 08 micro áreas, onde algumas são de extrema vulnerabilidade. Um dos principais problemas encontrados na UBS foi a pouca frequência de pacientes a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do HIPERDIA e como causas uma baixa adesão ao tratamento adequado e aumento de problemas cardiovasculares e metabólicos. O objetivo é elaborar um projeto de intervenção para o acompanhamento dos pacientes nas consultas de HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde. Metodologicamente as ações para desenvolver este projeto foram feitas em três etapas: primeiro um diagnóstico situacional, uma revisão bibliográfica do tema e a elaboração de um plano de ação. Com a implementação deste plano de intervenção, espera-se que aumente a quantidade de pessoas nas consultas regulares de HIPERDIA, e com isso diminuir significativamente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e metabólicas, doenças estas, pelas quais hoje o município de Satuba tem feito grandes investimentos econômicos.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Fatores de Risco de Doenças Cardíacas.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy is the main gateway and the articulating center of health services. The Basic Health Unit (UBS) was inaugurated about four years ago, has a total of 2,683 of the population enrolled in the family health team and covers 08 micro areas, where some are extremely vulnerable. One of the main problems found at the UBS was the low frequency of patients to the Basic Health Unit for monitoring HIPERDIA and as causes a low adherence to adequate treatment and an increase in cardiovascular and metabolic problems. The objective is to elaborate an intervention project for the follow-up of patients in HIPERDIA consultations in a Basic Health Unit. Methodologically, the actions to develop this project were carried out in three stages: first a situational diagnosis, a bibliographic review of the theme and the elaboration of an action plan. With the implementation of this intervention plan, it is expected that the number of people in regular HIPERDIA consultations will increase, and thus significantly reduce morbidity and mortality from cardiovascular and metabolic diseases, diseases for which the municipality of Satuba has made large investments today. economic.

**Keywords:** Hypertension, Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Heart Disease Risk Factors.



**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
HGE	Hospital Geral do Estado
DML	Depósito de material de limpeza
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
BVS	Bibliotema Virtual de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM1	Diabetes Melito tipo 1
DM2	Diabetes Melito tipo 2
DMG	Diabetes Melito Gestacional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Aspectos gerais do município .....	10
1.2 O sistema municipal de saúde .....	11
1.3 Aspectos da comunidade .....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pedro Everton .....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pedro Everton .....	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Pedro Everton .....	13
1.7 O dia a dia da equipe .....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
3.1 Objetivo geral .....	17
3.2 Objetivos específicos .....	17
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>19</b>
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS .....	19
5.2 Diabetes Mellitus - DM .....	20
5.3 Importância da Atenção Básica .....	20
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>22</b>
6.1 Estabelecimento das Prioridades .....	22
6.2 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	23
6.3 Explicação do problema principal (quarto passo) .....	23
6.4 Identificação dos "nós críticos" do problema principal (quinto passo).....	23
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
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Lessa (2021), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida quando os níveis da Pressão Arterial apresenta-se  $\geq 140 \times 90$ mmHg. Geralmente, os órgãos mais afetados por essa condição clínica são: coração, encéfalo e os vasos sanguíneos, podendo ou não ser fatais.

A Diabetes Mellitus (DM) se caracteriza quando há uma alteração metabólica, precisamente quando os níveis de glicemia são elevados, denominando-se hiperglicemia. Quando se tem um acompanhamento adequado na atenção básica, evita-se complicações graves (LESSA, 2021).

Em relação às doenças crônicas não-transmissíveis, dados da Organização Mundial da Saúde mostram que em 2016, 1.6 milhões (2.8%) de mortes foram relacionadas à diabetes, e, segundo o Ministério da Saúde, somente no Brasil, entre 2006 e 2016, houve um aumento de 60% no diagnóstico da doença. Aponta-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica no país apresenta prevalência variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, constituindo assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (CAMARGO, et. al., 2021, p. 03).

Segundo Camargo, et. al. (2021), a atenção básica é a principal porta de entrada para os usuários do Sistema único de Saúde (SUS), onde permite que o mesmo tenha acesso aos serviços de saúde. Este acesso é importante para evitar complicações graves e com isso reduzir as taxas de mortalidade. Caso o usuário necessite de atendimento de maior complexidade, a equipe da atenção primária encaminha o mesmo.

### 1.1 Aspectos gerais do município

Satuba é uma cidade com 14.603 habitantes, possui uma área de 41,268 km<sup>2</sup>, localizada na mesorregião do leste alagoano e na região metropolitana de Maceió. Está a uma distância de 14.30 km de Maceió, capital do estado. O atual prefeito tem por nome Diógenes José Neto de Amorim, eleito em novembro de 2020. A cidade tem como principal renda o agronegócio e os comércios locais. Em relação à educação, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 91%, tendo em 2017 pelas escolas da rede pública 4,4 de nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (IBGE, 2010).

O município possui algumas áreas vulneráveis, onde tem tráfico de drogas e violência, gerando desencorajamento para ir à escola ou trabalhar, principalmente dos jovens. Em relação a saúde do município, toda região é coberta por Estratégia da Saúde da Família (ESF), contando com 06 Unidade Básicas que funcionam de 07:30h às 16:30h e 01 Unidade de Urgência e Emergência 24h, localizada na parte central da cidade.

Satuba possui parte do território com pavimentação urbana, bueiros e calçadas adequados. A cidade possui os domicílios com 70,4% de esgotamento sanitário adequado, 73,5% de arborização e 45,7% urbanização adequada (IBGE, 2010).

A área cultural é movimentada com os festivais de rua, como exemplo: festival do mocotó, o tradicional concurso de quadrilha alagoano, os carnavais de rua e o festival de talentos local, onde conta com a apresentação dos artistas da própria região.

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

A principal porta de entrada de saúde no Município é a Atenção Básica. O município possui uma Unidade de Urgência e Emergência e conta com 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo cobertura 100% de Estratégica da Saúde da Família. Quando o paciente necessita de acompanhamento mais específico é encaminhado para o nível secundário que são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

Caso o paciente precise de atendimento altamente especializado com agravamento do quadro clínico, o mesmo é encaminhado ao Hospital Geral do Estado (HGE). Em relação aos sistemas de apoio, o município possui uma rede de distribuição de medicamentos (remédios em casa) para os de uso contínuo, uma farmácia central com todos os medicamentos necessários, um programa chamado SATUVIDA, onde é composto por nutricionista e educador físico, ofertando exercícios físicos, hidroginástica, aulas de dança, entre outros.

O município possui um local que realiza o Cartão Nacional de Saúde. Na unidade de urgências e emergências é realizada a regulação com a ambulância; pacientes que fazem hemodiálise tem disponível transporte exclusivo; e em caso de exames que não sejam realizados no município, o paciente agenda com o

responsável na secretaria de saúde e no dia do exame tem transporte específico para isso.

Hoje o sistema de saúde do município tem uma relação entre os mais diversos modelos assistenciais, porém o que mais predomina é o modelo assistencial sanitário, que tem como exemplos: vacinação, campanhas de saúde, programas de vigilâncias, controle de epidemias, entre outros e propostas alternativas que visa atender as demandas da população, promovendo os princípios do SUS, que são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

A Unidade Básica de Saúde fica localizada numa região periurbana, próximo ao centro de Satuba. A UBS abrange 08 micro áreas, onde algumas são de extrema vulnerabilidade. Muitas famílias não possuem renda, vivem do auxílio que o Governo Federal (Bolsa Família) proporciona, já outras, trabalham no comércio local e da capital. Ainda assim, é grande o número de desempregados e com a chegada da pandemia a situação ficou mais crítica.

Em relação ao saneamento básico, há muito tempo era precário, tanto o esgotamento sanitário quanto a coleta de lixo. Nos últimos anos, percebe uma grande melhora, as ruas estão asfaltadas em sua grande maioria, coleta de lixo regular, bem como a rede de esgoto apropriada. Ainda existem sim, algumas famílias vivendo de forma precária, morando em casas de lona e o piso de barro.

O analfabetismo é elevado, principalmente entre os jovens, que desistem dos estudos para trabalhar, quer seja formal ou informal. Nas duas últimas administrações, bem como a do atual prefeito, notamos um avanço muito grande na educação. Escolas e creches reformadas e climatizadas, professores capacitados, eventos realizados para atrair os jovens, entre outros. Possui 07 escolas municipais, 01 escola estadual e 01 creche infantil. Contamos com transporte público municipal para toda a cidade. São realizados eventos religiosos, em todas as datas comemorativas, contemplando as crianças, jovens, pais e idosos.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Pedro Everton**

A Unidade Básica de Saúde, foi inaugurada há cerca de 04 anos e está localizada na Rua Nossa Senhora da Guia, rua esta que faz ligação direta com o centro da cidade. O prédio que fica a UBS é próprio, todo adaptado para ser uma Unidade Básica. Compõe 08 microáreas considerada uma demanda grande. A frente da Unidade está sem proteção solar, desta forma, acaba deixando a recepção bem tumultuada no horário de pico, que é sempre pelos horários da manhã.

A recepção é uma sala ampla, com bastantes cadeiras, porém tem momentos que tem muita gente e acabam algumas pessoas ficando em pé. A UBS possui duas recepções, um Depósito de material de limpeza (DML), um almoxarifado, um consultório da enfermeira, dois consultórios médicos, uma sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três banheiros, um consultório odontológico, uma sala de triagem, uma sala de medicação, uma sala de vacina, uma copa e um arquivo.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pedro Everton**

A equipe é composta por uma Enfermeira, uma Médica, dois Técnicos de Enfermagem, dois Agentes Administrativos, oito Agentes Comunitários de Saúde, um Auxiliar de Serviços Gerais, um Dentista, um Auxiliar de dentista, uma Técnica de Saúde Bucal, uma Diretora e um Vigilante.

#### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Pedro Everton**

A Unidade de Saúde funciona das 07:30h às 16:30h, contamos Com dois agentes administrativos, um por cada turno. São 08 agentes comunitários de saúde, que priorizam o horário da manhã para ir às visitas domiciliares e no turno da tarde realizar a parte burocrática. Temos dois técnicos de enfermagem, que ficam distribuídos da seguinte forma: um na sala de vacina, já que a demanda é muito grande, e outro na triagem, curativos e administração de medicamentos. Os atendimentos de enfermagem e de médico são nos dois turnos. Um dia na semana a enfermeira e o médico realizam visita domiciliar, então é feita uma organização prévia com os ACS's. A Unidade não fecha para almoço e a enfermeira tem um dia na semana para folga.

### 1.7 O dia a dia da equipe

O processo de trabalho da equipe é feito dessa forma: o acolhimento e as atividades de educação em saúde são feitos na recepção. Realiza-se, pelo menos uma vez na semana, ação na sala de espera. São realizados os atendimentos de demanda espontânea e programado.

No período da manhã o atendimento programado e no período da tarde a demanda espontânea. As atividades de educação permanente são realizadas na sala do ACS e as reuniões que são feitas uma vez na semana também. As visitas domiciliares são realizadas no período da manhã, uma vez na semana, mas caso venha surgir alguma urgência a equipe vai até a casa do paciente. Os ACS geralmente realizam as visitas domiciliares na área no turno da manhã e tarde realizam a parte burocrática. A dentista atende todos os dias no turno da manhã e o atendimento médico além da demanda programada, tem bastante demanda espontânea e urgências e realiza visita domiciliar programada uma vez na semana.

Segue abaixo o cronograma da enfermeira:

TURNO/SEMANA	SEGUNDA - FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
MANHÃ	PUERICULTURA	VISITA DOMICILIAR	PRÉ-NATAL	CITOLOGIA	FOLGA
TARDE	HIPERDIA	REUNIÃO COM A EQUIPE	DEMANDA ESPONTÂNEA	PLANEJAMENTO FAMILIAR	FOLGA

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

Após ter feito a análise de toda a situação da área de abrangência da Unidade de Saúde Pedro Everton, a equipe se reuniu e chegou à conclusão que os principais problemas que afetam a comunidade são:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade De enfrentamento** *	Seleção/ Priorização****
A pouca frequência do paciente a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do HIPERDIA.	Alta	9	Parcial	1
Estilo de vida inadequada como o uso de álcool, drogas e alimentação não saudável.	Alta	7	Parcial	2
Falta de organização na sala de arquivo.	Alta	7	Total	3
Índice elevado de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	4

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\*Total de pontos distribuídos em "Urgência" deve totalizar 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

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



## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), os fatores de risco mais as doenças cardiovasculares são genéticos, ambientais e sociais. Seu tratamento é eficaz quando o realiza adequadamente. Percebe-se que por conta de muitas pessoas serem assintomáticas, estas, não fazem um acompanhamento apropriado, acarretando as complicações da doença (BARROSO, et.al., 2020).

Na área de abrangência da Unidade de Saúde Pedro Everton, são cadastrados 317 hipertensos e 118 diabéticos e a grande maioria não quer realizar o acompanhamento regular. Desta forma, aumentam-se as complicações em decorrência da não adesão ao tratamento adequado, os gastos em saúde e o sofrimento familiar.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para o acompanhamento dos pacientes nas consultas de HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- ✓ Criar grupos educativos na comunidade para promoção de estilo de vida saudáveis;
- ✓ Realizar educação em saúde referente à DM e HAS.

#### 4 METODOLOGIA

Para realizar o plano de ação, utilizou-se um Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi elaborado um diagnóstico situacional da área que contempla a Unidade Básica de Saúde Pedro Everto pelo método de Estimativa Rápida, tendo como base de dados os registros da UBS, bem como os dados fornecidos da de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2010).

Foram realizadas reuniões para discutir o PES, onde identificou-se os principais problemas e se definiram as prioridades, conforme a importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização. Após isto, foram descritos os nós críticos e elaborou-se o plano de ação.

Em seguida, foi realizada busca por fontes primárias para a presente revisão no período de maio a junho do ano de 2021. As bases de dados consultadas foram as seguintes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultadas pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca utilizada foi a seguinte: [(tw: (hipertensão)) AND (tw: (atenção primaria a saude))] e [(tw: (diabetes melitus)) AND (tw: (atenção primaria a saude))], construída a partir de descritores disponíveis na terminologia Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e articulados pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram esses: documentos tipo artigos científicos, publicados integralmente online, em português, entre os anos 2016 a 2021.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças que causam um gasto considerável para a saúde pública, e, além disto, um grande problema é que as pessoas não aceitam e muitas famílias não tem o cuidado necessário para que o indivíduo realize o tratamento adequado (MATIAS; KAIZER; SÃO-JOÃO, 2021). Ainda segundo Matias, Kaizer e São-joão(2021), tanto a HAS quanto a DM são acometidas pela alimentação prejudicada, sedentarismo, excesso de sódio e açúcar, entre outros.

A má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo. No Brasil, em 2015, ela foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos, sendo superior, inclusive, ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física . Ainda, a alimentação inadequada foi o principal fator de risco para mortes no mundo em 2017 (BORTOLINI et. al., 2020, p. 01).

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Para definir HAS, Salles, et.al. (2019), diz que é uma alteração da pressão sanguínea, precisamente acima de 140x90 mmHg e que essa disfunção é causada pela contratilidade da camada muscular lisa que compõe da parede arterial e que pode acometer tanto adultos como crianças, tendo como principais fatores de riscos: obesidade, ingestão de álcool, drogas, excesso de sódio, alimentação inadequada e além do mais, quando não se faz um tratamento adequado e oportuno podem ter serias complicações de saúde, podendo ser até fatal.

O aumento na prevalência da HAS tem sido observado principalmente em países de baixa e média renda e aproximadamente dois terços da carga global de HAS são encontrados nos países em desenvolvimento. No Brasil, inquéritos populacionais têm demonstrado uma prevalência de HAS superior a 30%, atingindo cerca de um quarto da população brasileira adulta, tornando-se progressivamente mais comum com o avanço da idade, com prevalência superior a 60% em pessoas na faixa etária acima dos 60 anos (LUZ; COSTA; GRIEP, 2020, p.02).

É sabido que uma das maiores dificuldades dos profissionais de saúde é ter adesão ao tratamento por parte dos pacientes, já que existem pacientes que não demonstram interesse, pois naquele momento são assintomáticos ou apresentam sintomas significativos e como não fazem tratamento apropriado acabam tendo sérias complicações de saúde. Para ter excelência no tratamento, é necessário que o paciente se comprometa e mude os hábitos de vida (ALMEIDA, et.al., 2019).

## 5.2 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus é causada quando há deficiência na secreção de insulina no pâncreas, causando hiperglicemia e que está associada às disfunções e insuficiência de vários órgãos, dentre eles: rins, olhos, coração, nervos, cérebro e vasos sanguíneos (SOUZA et.al., 2020).

Segundo Maffei et.al. (2020), o DM possui quatro classes: Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de Diabetes mellitus e Diabetes mellitus gestacional (DMG). O que mais acomete a população brasileira é o DM tipo 2.

As complicações agudas ou crônicas são comuns quando relacionadas ao controle metabólico inadequado, e resultam frequentemente em internações por descompensações ou efeitos da patogênese do estado hiperglicêmico contínuo. Nas pessoas com diabetes tipo 2, os quais representam 90% dos casos de DM, as principais complicações crônicas são doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, nefropatia e neuropatias, tendo como consequência principal a amputações de extremidades (PALASSON, et al, 2021, p. 02)

Como a HAS, a DM é facilmente controlada quando se faz o tratamento adequado e quando muda os hábitos alimentares, principalmente quando se tem DM tipo 2. Desta forma, para que estimule ou evite complicações sérias, os profissionais de saúde devem oferecer ações educativas e realizar consultas regulares, buscar evitar gravidade da doença, que são hospitalizações e óbitos (MUZY, et.al., 2021).

Para realizar o tratamento é necessário que mude os hábitos de vida, realizando exercícios físicos e tendo alimentação saudável, realizar exames periódicos para acompanhamento dos níveis glicêmicos, tomar a medicação conforme a prescrição médica, com isso, o paciente terá longevidade e evita ter complicações sérias. A DM é de difícil controle e por conta disto, muito pacientes apresentam complicações em tempo rápido (SALCI, et.al., 2020).

## 5.3 Importância da Atenção Básica para o controle da Hipertensão Arterial sistêmica e do Diabetes Mellitus

A atenção básica tem um papel fundamental para prevenção das doenças não transmissíveis. É proposta aos pacientes prevenção e promoção da saúde,

ofertando orientações através de ações educativas e vínculos nas consultas. Percebe-se eu nos últimos tempos houve um aumento grandioso das doenças crônicas, principalmente DM e HAS e que a atenção primária, através do acompanhamento domiciliar, consultas regulares, ações educativas e realização de exames podem-se reduzir este número (PEREIRA, et. al2020).

Um dos desafios atuais da Atenção Primária à Saúde é o novo cenário de transição epidemiológica e demográfica. A pirâmide etária brasileira passa por uma modificação em sua estrutura, caracterizada por uma rápida transição demográfica, refletindo no envelhecimento da população, crescente e predominando as doenças crônicas não-transmissíveis nos serviços de saúde, hoje também responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países. Estão nesse grupo as doenças crônicas cardiovasculares, câncer, diabetes, doença mental e doenças respiratórias crônicas. (CAMARGO et. al., 2021, p. 03).

Com o aumento da HAS e DM no Brasil, o Ministério da Saúde, com o intuito de reduzir e controlar essa gravidade criou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA). Tanto o enfermeiro quanto o médico realizam a consulta, e através do cadastramento dos Hipertensos e Diabéticos, pode-se ter um acompanhamento e tratamento adequado, evitando complicações em decorrência da não adesão ao tratamento medicamentoso (ALMEIDA, et.al., 2019).

Muitos pacientes possuem dificuldade em aceitar o diagnóstico da doença e a atenção básica tem um papel importante nisto. Os profissionais e sua rede de apoio proporcionam atendimento em cuidado integral, evitando complicações tardias. Esse atendimento multiprofissional, consultas regulares, orientações adequadas, faz com que o paciente se torne independente, proporcionando o autocuidado, mudando os hábitos alimentares, e tendo como consequência uma melhor qualidade de vida (MAGRI, et. al., 2020).

A atuação do enfermeiro é de grande importância para a promoção do autocuidado e no controle do DM, principalmente através de ações educativas voltadas para a promoção da saúde, bem-estar e melhora na qualidade de vida. A educação em saúde e a criação de programas de apoio são estratégias para a implementação de intervenções de enfermagem, e podem ser usadas através de um acompanhamento ao paciente, com mais tempo e número maior de encontros do que os atendimentos de rotina, pois as complicações do DM estão ligadas diretamente ao cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável (SOUZA, et.al., 2020, p. 4581).

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Estabelecimento das Prioridades

Após a análise de toda a situação da área de abrangência da Unidade de Saúde Pedro Everton, a equipe se reuniu e chegou à conclusão que os principais problemas que afetam a comunidade são:

1. Estilos de vida inadequados como o uso de álcool, drogas e alimentação não saudável;
2. Falta de organização na sala de arquivo;
3. A pouca frequência a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do HIPERDIA;
4. Índice elevado de gravidez na adolescência.

Após verificar os principais problemas, foram listadas as prioridades. Segue no quadro abaixo:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade De enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
A pouca frequência a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do HIPERDIA.	Alta	9	Parcial	1
Estilos de vida inadequados como o uso de álcool, drogas e alimentação não saudável.	Alta	7	Parcial	2
Falta de organização na sala de arquivo.	Alta	7	Total	3
Índice elevado de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	4

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\*Total de pontos distribuídos em "Urgência" deve totalizar 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

## **6.2 Descrição do problema**

Ao analisar o problema principal, que foi: a pouca frequência do paciente a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento do HIPERDIA, destaca-se que baseado em número colhidos pela própria Unidade Básica de Saúde, são 317 hipertensos e 118 diabéticos na UBS e de que grande parte destes pacientes não querem realizar o acompanhamento regular.

Então, através dessa análise dos dados e pelo plano de ação, é necessário que a equipe se organize e realize um monitoramento desses pacientes, para um resultado eficaz.

## **6.3 Explicação do problema principal**

Para explicar o problema, percebe-se que a situação está há tempos acontecendo. Os pacientes desistem do acompanhamento de HIPERDIA devido a renovação de receitas sem consulta médica. Além disso, para o agravamento do problema, muitos não possuem uma qualidade de vida adequada, vivem de forma extremamente vulnerável.

Outro agravante, é a rotatividade de moradores na área. Muitas vezes, o agente comunitário de saúde nem chega a realizar o cadastramento, que os pacientes já não residem mais e quando realiza, marcam as consultas e não chegam nem a comparecer.

## **6.4 Identificação dos "nós críticos" do problema principal**

Após a reunião, a equipe selecionou como "nós críticos":

1. Renovação de receitas sem o paciente está na consulta médica;
2. Hábitos e estilos de vida inadequados como uso de álcool, drogas e alimentação não saudável;
3. Rotatividade de moradores na área e devido a isto falta de cadastramento de alguns pacientes;
4. Não comparecimento dos pacientes na consulta de HIPERDA.



### 6.5 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão.

Após a reunião e discussão com a equipe sobre os problemas elencados na Unidade de Saúde Pedro Everton, bem como o estabelecimento das prioridades, descrição, explicação e identificação dos “nós críticos” do problema principal, a equipe se reuniu novamente para elaborar o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção. Segue nos quadros abaixo, as informações detalhadas.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Renovação de receitas sem a presença do paciente na consulta médica.”, no território sob responsabilidade da equipe que compõe a Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Renovação de receitas sem a presença do paciente na consulta médica.
Projeto/ Resultados esperados	Paciente ativo/Prescrever receitas apenas com a presença do paciente/Aumentar o número de pacientes na consulta de HIPERDIA.
Produtos esperados	Aumentar a presença dos pacientes nas consultas de HIPERDIA. Controle adequado dos pacientes com hipertensão e diabetes.
Recursos necessários	Organizacionais: Organização da agenda. Político: Articulação com a Secretaria de Saúde (importancia dos dados fidedignos dos Hipertensos e Diabéticos).
Recursos críticos	Político: Articulação com a Secretaria de Saúde (importancia dos dados fidedignos dos Hipertensos e Diabéticos).
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Equipe da Unidade Básica / Secretaria de Saúde.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião com a equipe da UBS/ Equipe da Secretaria de Saúde.
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médica e Enfermeira.

Prazo	1 mês para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e Enfermeira/Avaliações mensais.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hábitos de vida inadequados como o uso de álcool, drogas e alimentação não saudável.”, no território sob responsabilidade da equipe que compõe a Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Hábitos de vida inadequados como o uso de álcool, drogas e alimentação não saudável.
Projeto/ Resultados esperados	Saúde Ativa/ Mudança do estilo de vida da população; Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde referente ao tema para que reforcem diariamente a importância da mudança do estilo de vida aos pacientes.
Produtos esperados	Prática regular de exercícios físicos; Alimentação saudável; Programa contra uso do álcool e drogas.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimentos científicos dos temas tratados. Organizacionais: Organização da agenda; Articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município; Promover um clima acolhedor, tentando ouvir o que a pessoa está vivenciando e convidando-a a falar. Financeiro: Aquisição de materiais impressos (folhetos educativos), audiovisuais, etc. Político: Conseguir um espaço amplo para as atividades, Mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.
Recursos críticos	Político: Conseguir um espaço amplo para as atividades. Financeiro: Aquisição de materiais impressos (folhetos educativos), audiovisuais, etc.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Equipe da Unidade Básica de Saúde / Equipe da Secretaria de Saúde.

Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião intersetoriais (equipe da UBS, educador físico, nutricionista, psicólogos e diretores e coordenadores da Secretaria de Saúde).
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira e nutricionista.
Prazo	03 meses para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e Enfermeira /Avaliações mensais.

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Rotatividade de moradores na área e devido a isto falta de cadastramento de alguns pacientes.”, no território sob responsabilidade da equipe que compõe a Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Rotatividade de moradores na área e devido a isto falta de cadastramento de alguns pacientes.
Projeto/ Resultados esperados	Juntos, teremos mais saúde/ Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos ainda não identificados, cadastrá-los e incluí-los na consulta de HIPERDIA.
Produtos esperados	Controle adequado dos pacientes Hipertensos e Diabéticos.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimentos científicos dos temas tratados. Organizacionais: Organização da agenda dos atores envolvidos.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de materiais impressos.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Equipe da Unidade Básica de Saúde / Equipe da Secretaria de Saúde.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião com a equipe da UBS que irá participar do projeto.
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS.
Prazo	03 meses para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica, Enfermeira e Agente Comunitários de Saúde /Avaliações mensais.

Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Acompanhamento inadequado da consulta de HIPERDA dos pacientes e com isso têm-se um controle inadequado dos mesmos.”, no território sob responsabilidade da equipe que compõe a Unidade Básica de Saúde Pedro Everton, município de Satuba, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Acompanhamento inadequado da consulta de HIPERDA dos pacientes e com isso têm-se um controle inadequado dos mesmos.
Projeto/ Resultados esperados	Vida Saudável/ Hipertensos e diabéticos com controle adequado e acompanhamento regular conforme protocolo do Ministério da Saúde. Educação Permanente com o ACS para reforçar todos os dias a importância das consultas regulares de HIPERDIA.
Produtos esperados	Controle adequado dos pacientes Hipertensos e Diabéticos. Consultas regulares de HIPERDIA. Identificar quais fatores de riscos possa está associados.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento científico dos temas tratados. Organizacionais: Organização do calendário para as consultas de cuidado programado. Políticos: Parceria com a Secretaria de Saúde. Financeiro: Aquisição de cartão para acompanhamento e controle dos hipertensos e diabéticos nas consultas.
Recursos críticos	Políticos: Parceria com a Secretaria de Saúde. Financeiro: Aquisição de cartão para acompanhamento e controle dos hipertensos e diabéticos nas consultas.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Equipe da UBS / Secretaria de Saúde
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reunião com a equipe da UBS.
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS.
Prazo	03 meses para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestores do projeto/Avaliações mensais.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a implementação deste plano de intervenção, espera-se que aumente a quantidade de pessoas nas consultas regulares de HIPERDIA, e com isso diminuam significativamente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e metabólicas, doenças estas, pelas quais hoje o município que atuo tem feito grandes investimentos econômicos.

Durante o desenvolvimento deste projeto, toda a equipe de saúde teve sua participação, gerando mais conhecimentos a todos. Ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência foi possível identificar os principais problemas, sua análise, explicação e definição dos planos de ações, para que tenhamos um resultado satisfatório.

Portanto, com a utilização deste plano foi possível perceber as dificuldades encontradas na comunidade e quais as melhores formas de solucionar-las.

## REFERENCIA

ALMEIDA, A.L. J., et. al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em dois modelos de atenção à saúde. São Paulo: **Rev. APS**, abr./jun, 2019. v.22, n.2, p; 235 – 250. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/16372/20760/122947>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BORTOLINI, G.A.; et.al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2020. v. 44, e.39. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BARROSO, W.K.S.; et.al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** 2021; v.116, n. 3, p. 516-658. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>>

CAMARGO, P.N.N., et al. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. São Paulo: **Rev Ciênc Med.**, 2021; v.30, e. 215047. Disponível em: <<https://doi.org/10.24220/2318-0897v30e2021a5047>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: **BIREME / OPAS / OMS**, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org> . Acesso em: 27 de jun. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Brasil, 2010. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/satuba/panorama>>. Acesso em: 13 Jun. 2021.

LESSA, J.F. Planejamento estratégico situacional elaborado em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. São Paulo: **Revista Nursing**, 2021; v. 24, n. 275, p. 5506-5513. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1186>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

LUZ, A. L. A.; SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H. Pressão arterial não controlada entre pessoas idosas hipertensas assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2020. v. 23, n. 4, e. 200211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200211>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MAFFEI, L.; et al. Avaliação de usuários com Diabetes mellitus tipo 2 sob intervenção uni ou interprofissional na atenção básica. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, abr. 2021. v. 3, n. 2, p. 74-93. Disponível em: <<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/388>>. Acesso em: 28 Jun. 2021

MAGRI, S. et.al. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. Rio Grande do Sul: **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 2020. v. 14, n. 2, p. 389-400. Disponível em: <<https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MATIAS, M.C.M.; KAIZER, U.A.O.; SÃO-JOÃO, T.M. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. São Paulo: **Rev. Enferm. UFSM**, 2021. vol.11 e. 22: P1-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769243719>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MUZY, J.; et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, abr. 2020. v. 37, n. 5, e.00076120. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1402/prevalencia-de->

diabetes-mellitus-e-suas-complicacoes-e-caracterizacao-das-lacun-na-atencao-a-saude-a-partir-da-triangulacao-de-pesquisas>. Acesso em: 28 Jun. 2021.

PALASSON, R. R.; et al. Internações hospitalares por Diabetes Mellitus e características dos locais de moradia. Rio de Janeiro: **Acta Paul Enferm.**, abr. 2021. v. 34, e. APE02952. Disponível em: <<https://acta-ape.org/article/internacoes-hospitalares-por-diabetes-mellitus-e-caracteristicas-dos-locais-de-moradia/>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

PEREIRA, H. N. S.; et. al. Efeito da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: **Revista Enfermagem UERJ**, 2020. v. 28, p. e49931. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/49931>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SALCI, M.A.; et.al. Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. Paraná: **Saúde e Pesquisa**, abr./jun., 2020. v. 13, n. 2, p.265-272. Disponível em: <<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p265-272>>. Acesso em: 28 Jun. 2021.

SALLES, A. L. de O.; et al. O enfermeiro e a questão da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Rio de Janeiro: **Revista Enfermagem UERJ**, maio 2019. v. 27, p. e37193. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/37193>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SOUZA, N. M. S.; et.al. Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado. São Paulo: **Nursing**, 2020. v. 23, n. 268, p. 4580-4597, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i268p4580-4597. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/868>>. Acesso em: 28 jun. 2021.



