



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Paulo Alves de Oliveira

Programa de prevenção e combate ao Diabetes Mellitus  
e à Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários do  
território da Estratégia Saúde da Família Benemerita  
Ulla Schneider, Mafra - Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2023



Paulo Alves de Oliveira

Programa de prevenção e combate ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários do território da Estratégia Saúde da Família Benemerita Ulla Schneider, Mafra - Santa Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Melisse Eich  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Paulo Alves de Oliveira

Programa de prevenção e combate ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários do território da Estratégia Saúde da Família Benemerita Ulla Schneider, Mafra - Santa Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Melisse Eich**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** O Projeto de Intervenção aqui proposto objetiva-se em desenvolver um programa de prevenção e combate ao diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica entre usuários do território da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Benemérita Ulla Schneider, Mafra - Santa Catarina. **Objetivos:** Para isso, será necessário desenvolver ações de capacitação da equipe de saúde sobre a Hipertensão e Diabetes; selecionar os usuários a participarem das ações do projeto; aplicar ações de educação em saúde com esta população; e monitorar nos próximos 90 dias os níveis pressóricos e índices glicêmicos. **Metodologia:** Como metodologia admite-se o projeto de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional e Método da Estimativa rápida com levantamento dos problemas do território, bem como a escolha do problema de forma democrática, com base na governabilidade de mudança da equipe. **Resultados esperados:** Como resultados deseja-se que estes usuários impactados, como a equipe de saúde, possam de fato ter um real conhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Que os usuários comecem a adotar hábitos saudáveis de vida, abandonar etilismo, tabagismo, e seguirem as instruções relacionadas ao abandono do sedentarismo, adesão ao tratamento, e ações que possam ajudar a normalizar os índices glicêmicos e níveis pressóricos.

**Palavras-chave:** Abandono do Uso de Tabaco, Diabetes Mellitus, Hipertensão





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	17
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	19
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	21



# 1 Introdução

O diagnóstico da realidade do território da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Benemérita Ulla Schneider, no bairro Jardim América do município de Mafra (Santa Catarina), demonstra que a comunidade onde está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) saúde é bastante carente e apresenta algumas necessidades. Nem todas as ruas têm pavimentação. Falta saneamento básico em alguns locais e há problemas de vulnerabilidades sociais como abandono, etilismo, drogas, alto número de hipertensos e de diabéticos.

A maioria dos empregos são advindos de bases econômicas como agricultura, pecuária, comércio, e recursos do governo federal como bolsas família, e aposentadorias etc.

Trata-se de uma comunidade com muitos idosos, e grande parte deles apresenta doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de outros problemas. Existem também alguns acamados com síndrome da imobilidade e locais de difícil acesso.

Com relação à minha atuação na Atenção Básica, tenho desenvolvido minhas ações pautando-me na integralidade, atenção centrada na pessoa e buscando resolver os problemas dos indivíduos da melhor forma possível. Entrei no Programa Mais Médicos como uma forma de me aperfeiçoar no cuidado na ESF, obtendo mais experiências, e podendo a cada dia desenvolver a Medicina com maior versatilidade e eficiência.

Quanto ao perfil social da sua comunidade, verifica-se que a renda familiar varia de 1 a 2 salários mínimos e maioria dos empregos estão ligados a atividades como a agricultura, pecuária, comércio, empregos públicos ou benefícios do governo. Com relação aos serviços básicos de saúde, praticamente 100% tem água, 90% encanada oferecida pela companhia municipal de abastecimento, e 10% de poços estilo cacimba e artesianos. 100% das residências possuem energia elétrica. Não há saneamento básico em todas as casas, e 90% das moradias são em boas condições de habitabilidade. Cerca de 95% da população é alfabetizada. A escolaridade média é o Ensino Fundamental.

Sobre os dados populacionais da comunidade, Mafra a apresenta uma população estimada (2019) 56.292 pessoas, população no último censo (2010) 52.912 pessoas, densidade demográfica (2010) 37,69 hab/km<sup>2</sup>.

Com relação a comunidade do bairro Jardim América, o qual é uma zona mista (urbana e rural), com um total de 4.327 pessoas perfazendo 8 micro-áreas. A população está disposta com 692 idosos, 30 gestantes e 619 crianças até 12 anos.

A busca pelos serviços de saúde é intensa, atendendo geralmente cerca de 40 pessoas dia, com 20 na parte da manhã e 20 na parte da tarde. O perfil é variado indo desde PN, Puerpério, imunizações, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, entre outros.

Com relação as queixas mais comuns apresentam-se consequências das DCNTS, Gri-

pes, IVAS, Doenças Respiratórias, Doenças do Aparelho Digestivo, Musculoesquelético, Saúde mental, Saúde da mulher, Acompanhamento de gestantes, algumas verminoses e parasitoses.

Temos dados relativos a 12,5% dos indivíduos do território com HAS, com uma prevalência de 45% em idosos, 6,8% de diabéticos. Uma taxa de cobertura de rastreamento de CA de Colo de útero de 38%. Cerca de 65% das crianças do território estão com vacinação em dias, e 68% estão sendo acompanhadas quanto a crescimento e desenvolvimento.

Para ser considerada uma boa resposta neste item, você deverá trazer ao menos os dados epidemiológicos mínimos.

A eleição do problema a ser trabalhado no projeto de intervenção foi realizada como base em diários de reflexão, dados coletados para a produção dos diários do Curso de Especialização em Atenção Básica, nos módulos de Saúde e Sociedade e Epidemiologia, além da percepção pessoal e dados discutidos na reunião de equipe realizada na data de 16/08/2019. Nesta reunião, todos os atores integrantes da ESF Benemerita Ulla Schneider foram orientados a realizar reflexão sobre os principais desafios e problemas que, em sua concepção estão presentes na área de atuação. Em suma, realizou-se um diagnóstico do cenário.

Apresenta-se alguns problemas sob a perspectiva de diagnóstico social, epidemiológico e percepção pessoal:

- Não realização de saúde bucal nos últimos 60 dias, por falta de profissional. Problema com diagnóstico social e epidemiológico.

Abrange toda a comunidade, pois expõe a população a doenças bucais. Dentro da tipologia este é um problema atual, terminal, baixo controle e estruturado. Em termos de prioridade se apresenta magnitude 4, transcendência 4, vulnerabilidade 3 e custo 2 tendo um total de 13 – não será incluído para discussão pormenorizada devido à pouca governabilidade existente na equipe do ESF para resolução;

- Número de dependentes de oxigenioterapia. Diagnóstico epidêmico. Abrange número restrito de pessoas e suas respectivas famílias. Do tipo atual, intermediário, baixo controle e quase estruturados. Magnitude 1, transcendência 2, vulnerabilidade 3 e custo 1, total 7;

- Quantidade de gravidez indesejada. Cunho epidemiológico, percepção pessoal e da equipe. Abrange todas as mulheres em idade fértil, assim como seus parceiros. Problema potencial, terminal, baixo controle e estruturados. Magnitude 2, transcendência 3, vulnerabilidade 4 e custo 4, total 13;

- Falta de dados no sistema. Percepção pessoal. Abrange toda a administração da saúde e indiretamente a população. Problema potencial, intermediário, baixo controle e estruturados. Magnitude 4, transcendência de 4, vulnerabilidade 4 e custo 4, total 16;

- Aumento da demanda nas questões de saúde nos últimos 30 dias. Diagnóstico epidemiológico, percepção pessoal e da equipe. Abrange toda a população e equipe do ESF. Sendo um problema potencial, intermediário, baixo controle e quase estruturados. Mag-

nitude 3, transcendência 2, vulnerabilidade 3 e custo 4, totalizando 12;

- Piora do nível de estresse da equipe. Diagnóstico pela percepção pessoal. Abrange a equipe envolvida diretamente no ESF. Potencial, intermediário, baixo controle e estruturado. Magnitude 1, transcendência 1, vulnerabilidade 1 e custo 4, total 7;

- Aumento dos casos de HAS, DM-2 e hipotireoidismo.

Diagnóstico epidemiológico. Abrange toda a população com predisposição/risco.

Problema potencial, terminal, baixo controle e quase estruturados. Magnitude 4, transcendência 4, vulnerabilidade 4 e custo 4, totalizando 16;

- Falta de medicamentos de uso crônico. Diagnóstico social.

Abrange os doentes crônicos. Problema atual, intermediário, baixo controle e estruturados. Magnitude 3, transcendência 3, vulnerabilidade 1 e custo 1, total 8;

- Cota financeira limitada para realização de exames laboratoriais. Percepção social e da equipe. Abrange toda a população.

Potencial, intermediário, baixo controle e estruturados. Magnitude 4, transcendência 4, vulnerabilidade 1 e custo 1, totalizando 10;

- Aumento da demanda de visita domiciliar. Diagnóstico epidemiológico, percepção pessoal e da equipe. Abrange toda a população domiciliada e seus familiares/cuidadores. Problema potencial, terminal, controle total e estruturado. Magnitude 1, transcendência 1, vulnerabilidade 1 e custo 4, total 7;

- Redução do número de vacinados nos últimos 15 dias devido a problema de distribuição de insumos e defeito técnico em equipamento de refrigeração. Diagnóstico epidemiológico. Abrange toda a população, em especial os extremos de idade. Problema atual, terminal, baixo controle e estruturado.

Magnitude 4, transcendência 4, vulnerabilidade 4 e custo 2, totalizando 14.

Porém baixa governabilidade para a equipe que atua diretamente no ESF;

- Maior número de absenteísmo por parte dos pacientes nos últimos 30 dias. Diagnóstico epidemiológico e de percepção pessoal. Abrange a equipe do ESF e a população que necessita de atendimento. Problema atual, intermediário, baixo controle e quase estruturados. Magnitude 3, transcendência 3, vulnerabilidade 1 e custo 3, totalizando 10;

Deixando claro que a lista de problemas não se esgota com estes descritos, porém esses foram os mais recorrentes em discussão.

O problema elegido foram programas de prevenção e combate ao diabetes e a hipertensão entre usuários do território da ESF Benemérita Ulla Schneider Mafrá Santa Catarina.

Quanto a justificativa da escolha do problema o estudo deste tema é importante frente ao levantamento dos problemas do território verificou-se uma grande demanda de pacientes hipertensos e diabéticos havendo necessidade tanto de capacitação da equipe de saúde como de ações com os usuários diabéticos e hipertensos do território. Estas ações poderão fazer com que haja uma melhora significativa da saúde dos indivíduos do território visto

que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes podem trazer consequências terríveis quando descontroladas.

Como médico clínico o tema é importante pois visualizo o fato de as doenças crônicas não transmissíveis serem na atualidade um dos principais problemas de saúde que afligem o território. Como também pela possibilidade de trazer mais conhecimento a equipe de saúde, podendo agir como ferramenta transformadora da realidade.

Quanto as possibilidades de se realizar este projeto não existem grandes empecilhos para realização da proposta, até mesmo porque não são exigidos maiores recursos, ou condições para a realização das ações, de modo que o projeto trará benefícios a comunidade e a equipe de saúde.

O projeto é oportuno neste momento frente ao fato do diabetes e da hipertensão serem agravos silenciosos e que trazem consequências terríveis ao indivíduo, como AVC, IAM, Cegueira, amputações etc. E as duas patologias juntas trazem mais possibilidades de demais Comorbidades.

O projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde pois tanto a equipe de saúde como a comunidade entende que ações voltadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis são cruciais para a promoção da saúde, e como estas doenças são o cerne da grande quantidade de problemas de saúde da população elege-se as mesmas para o projeto de saúde do território.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um programa de prevenção e combate ao diabetes e a hipertensão entre usuários do território da ESF Benemerita Ulla Schneider Mafra Santa Catarina.

### 2.2 Objetivos específicos

- Capacitar a equipe de saúde sobre a Hipertensão e o Diabetes;
- Selecionar os usuários a participarem das ações do projeto;
- Aplicar ações de educação em saúde com esta população;
- Monitorar nos próximos 90 dias os níveis pressóricos e índices glicêmicos.





### 3 Revisão da Literatura

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologia indeterminada, caracterizado pela hiperglicemia ou distúrbios de metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultado de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (ORGANIZATION, 1999) (SAÚDE, 2013) (DIABETES, 2018).

Já Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por descompensações que culminam em níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Quando os níveis se mantêm acima de 140 x 90mmHg considera-se o indivíduo hipertenso (SAÚDE, 2013) (ROCHA; BOTELHO; SOUZA, 2014).

De fato, estas são as duas doenças crônicas mais prevalentes. Sendo que a HAS atinge cerca de 36 milhões de Brasileiros (MVB et al., 2016) e o Diabetes cerca de 20 milhões (DIABETES, 2018). São agravos de origem multifatoriais, que envolvem genética, condições nutricionais, uso desmedido de sódio, inatividade física entre outros fatores.

Os níveis normais de glicemia em jejum são 70 a 100 mg/dL (SBD, 2018), e o índices pressóricos 120x80 mmHg (em idosos há uma tolerância maior, contudo o que se aproximar destes valores é mais desejado) (ROCHA; BOTELHO; SOUZA, 2014) (MVB et al., 2016). Valores acima ou abaixo destes ensejam medidas médicas.

Tanto a HAS quanto o DM são doenças que não possuem cura, e sim tratamento; e no tratamento exige-se mudança de hábitos de vida e adesão ao tratamento (ROCHA; BOTELHO; SOUZA, 2014) (MVB et al., 2016). No caso do diabetes a principal mudança está relacionada a mudança de carboidratos e açúcares por fibras e proteínas (SBD, 2018).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para o Acidente Vascular Cerebral Encefálico (JPD et al., 2018). Já a Diabetes quando não controlada pode apresentar dentre muitas complicações cegueira, falência renal, amputações, entre outros.

E no caso da hipertensão arterial a diminuição no consumo de sódio nas refeições, aliada a diminuição no consumo de gorduras animais, são fundamentais para normalização (ROCHA; BOTELHO; SOUZA, 2014) (MVB et al., 2016).

Todas as duas patologias exigem emagrecimento do indivíduo, atividade física regular de pelo menos 150 minutos semanais, abstenção de tabaco, álcool, drogas, sono de qualidade e equilíbrio emocional. Além disso a administração medicamentosa é crucial pois auxiliará na manutenção dos índices glicêmicos (geralmente com hipoglicemiantes), e a normalização (equilíbrio) dos valores pressóricos (com anti-hipertensivos) (SAÚDE, 2013) (DIABETES, 2018).

É baseado nestas informações que se deseja desenvolver ações com os usuários diabéticos e hipertensos do território, com ações de educação permanente com a equipe de saúde e educação em saúde com os usuários do território. Estas ações envolverão questões

alimentares, atividade física, sono de qualidade, mudança de hábitos nocivos (tabaco, álcool, drogas), equilíbrio emocional, apoio religioso, estabilidade psíquica entre outras que se fizerem necessárias.

## 4 Metodologia

Conforme apresentado o problema que elegemos para o Projeto de Intervenção foi os programas de prevenção e combate ao diabetes e a hipertensão entre usuários do território da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Benemerita Ulla Schneider Mafra Santa Catarina.

Deste modo os objetivos declaram ações diretas a serem tomadas a execução do projeto, principalmente no sentido de promover ações de educação em saúde com a comunidade do território que apresentam doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão. Além disso é objeto deste projeto promover a capacitação com a equipe de saúde, com relação a medidas de hábitos saudáveis de vida tanto ao diabetes e a hipertensão.

Além disso os objetivos serão alcançáveis quando o projeto for executado, pois há um planejamento sistemático baseado num estudo do território e suas especificidades, com base no método da estimativa rápida, e planejamento estratégico situacional.

Os critérios para serem considerados alcançáveis estão claros e será possível mensurar os resultados obtidos pois será analisado a Pressão Arterial (PA) dos indivíduos entrevistados e a glicemia. Para os diabéticos abaixo de 180, e os não diabéticos entre 90-110. E para os hipertensos a proposta é atingir os 120x80 (exceto idosos, onde outros valores são aceitáveis). Os que não conseguirem chegar a este ponto de equilíbrio a proposta é se aproximar ao máximo destes valores.

A equipe de saúde apresenta condições necessárias para a obtenção dos resultados, pois está empenhada e motivada a desenvolver as ações.

As ações de prevenção e combate ao diabetes e a hipertensão serão realizados na unidade de saúde tendo como sujeitos da intervenção usuários do território. As ações serão dirigidas pelo Médico da Unidade de Saúde com ajuda da equipe de enfermagem.

As ações serão executadas no mês de junho de 2020 através de dois encontros de capacitação da equipe de saúde, realizados na própria unidade, preferencialmente as sextas feiras a partir das 16 horas pois trata-se de um momento apropriado frente a diminuição da demanda.

Após esta ação será realizado no mês de julho de 2020 a seleção dos usuários a serem impactados, com preferência de formação de dois grupos de 20 pessoas/usuários que apresentem ou pressão arterial não controlada ou diabetes não controlada, ou ambas.

Estas ações serão realizadas em pelo menos quatro encontros nos meses de agosto e setembro de 2020. As ações serão realizadas na própria unidade de saúde, gerenciados pelo médico da Unidade de Saúde, com intuito de trazer informações sobre o diabetes, a hipertensão, conceitos, diagnóstico, tratamento, adesão ao tratamento, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, e outros temas que dificultam o controle pressórico e índice glicêmico conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Após o desenvolvimento destas medidas serão monitorados por 120 dias estes 40 usuários verificando se houve normalização na PA e na Glicemia.

## 5 Resultados Esperados

Deseja-se que a após o desenvolvimento destas ações a equipe de saúde possa estar plenamente capacitada a lidar com os problemas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis no território, e que possa ser transformadora no controle das mesmas. Fazendo visitas domiciliares, incentivando a população do território a alimentação saudável, orientando o uso regrado de sódio na alimentação, preferencia por carnes brancas e magras, mais verduras e frutas na alimentação, uso regrado do açúcar (de preferencia não o açúcar branco) além de prática de atividade física regular e adesão ao tratamento. Espera-se que atitudes prejudiciais como tabagismo e alcoolismo também sejam banidas, ou pelo menos diminuídas, para que o controle pressórico e controle glicêmico seja de maior efetividade.



## Referências

- DIABETES, S. S. B. D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2018. Citado na página 15.
- JPD, A. et al. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de maringá, paraná entre os anos de 2005 a 2015. *Int J Cardiovasc Sci.*, v. 31, n. 1, p. 56–62, 2018. Citado na página 15.
- MVB, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–103, 2016. Citado na página 15.
- ORGANIZATION, W. W. H. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Geneva: WHO, 1999. Citado na página 15.
- ROCHA, A. E.; BOTELHO, M. C.; SOUZA, L. Maisa Tavares de. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*, v. 38, n. 101, p. 328–337, 2014. Citado na página 15.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.