

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DIOSDELVI HURTADO NOBLET**

**PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES  
MELLITUS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA  
DA CONCEIÇÃO PARCEIRA, UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS:  
uma proposta de prevenção**

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2016**

**DIOSDELVI HURTADO NOBLET**

**PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES  
MELLITUS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA  
DA CONCEIÇÃO PARCEIRA, UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS:  
uma proposta de prevenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Especialização Estratégia Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção  
do Certificado de Especialista

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2016**

**DIOSDELVI HURTADO NOBLET**

**PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO PARCEIRA, UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS: uma proposta de prevenção.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Kátia Ferreira Costa Campos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de março de 2016

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são doenças crônicas com alta prevalência na população mundial e brasileira, com um elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações. As causas exatas, na maioria dos casos de hipertensão e diabetes, muitas vezes não são identificadas, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. O diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição mostrou alto índice de pessoas com HAS e DM. Este estudo objetivou elaborar um plano de ação para diminuir o alto índice de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus descompensados da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: hipertensão, diabetes mellitus, descompensação e Estratégia Saúde da Família. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde. Espera-se que com a implantação do plano se consiga diminuir o alto índice de pessoas com problemas de saúde decorrentes da HAS e da DM e essas pessoas possam usufruir de uma vida mais saudável.

**Palavras chave:** Hipertensão. Diabetes Mellitus. Descompensação. Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes are chronic diseases with high prevalence in the Brazilian and world population, high economic and social costs, mainly due to its complications. The exact cause of most cases of hypertension and diabetes are often not identified, but it is known that a multifactorial condition. The High Blood Pressure (HBP) and diabetes mellitus (DM) are chronic diseases with high prevalence in the world and the population, with high economic and social costs, mainly due to its complications. The exact causes in most cases of hypertension and diabetes, are often not identified, but is known to be a multifactorial condition. Situational diagnosis of the area covered by the Health Unit of Maria da Conceição Family showed high rate of people with hypertension and diabetes. This study aimed to develop a plan of action to reduce the high rate of patients with hypertension and diabetes mellitus decompensated Health Unit Maria da Conceição Family Midwife in União dos Palmares, Alagoas. Literature search was conducted in the Virtual Health Library, with the key words: hypertension, diabetes mellitus, decompensation and the Family Health Strategy. Also surveyed were the Ministry of Health Programs. It is expected that with the plan's implementation is achieved reduce the high rate of people with health problems arising from hypertension and diabetes and these people can enjoy a healthier life.

**Key words:** Hypertension. Diabetes Mellitus. Decompensation. Family Health Strategy

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>25</b>

## I INTRODUÇÃO

### 1.1. Identificação do Município

União dos Palmares é um município de Alagoas, situado a 76,8 Km de Maceió e se localiza na Mesorregião Leste Alagoana e Microrregião Serrana dos Quilombos. Tem uma população de 62.358 habitantes de acordo com o censo 2010 e um território de, aproximadamente, 427,78km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

### 1.2. Histórico de Criação do Município

União dos Palmares é considerada uma das principais cidades de Alagoas e é conhecida por ser "A Terra da Liberdade", já que foi nela, mais precisamente na Serra da Barriga, onde foi dado o primeiro grito de liberdade, por Zumbi dos Palmares. É uma cidade rica em história e banhada pelo lendário rio Mundaú (IBGE, 2010).

União dos Palmares é considerado um dos mais antigos municípios de Alagoas. Os primeiros indícios de presença humana datam de finais do Século XVI, quando os negros fugitivos dos engenhos de açúcar dos atuais estados de Alagoas e Pernambuco chegaram à Serra da Barriga, onde instalaram a sede do Quilombo dos Palmares ( IBGE, 2010).

O Quilombo dos Palmares foi a primeira tentativa de vida livre promovida pelos trabalhadores africanos nas Américas, surgindo por volta de 1580, durando até 1695, ano em que foi morto Zumbi, seu principal líder, pelas forças comandadas pelo bandeirante Domingos Jorge Velho. Por volta de 1730, o português Domingos de Pino chegou à região, onde construiu uma capela dedicada a Santa Maria Madalena. Daí, o primeiro nome oficial do lugar: Maria Madalena. Já no Império, quando da visita da Imperatriz Leopoldina, mudou-se o nome para Vila Nova da Imperatriz, em 1831, quando a vila ganha autonomia administrativa, após desmembrar-se do município de Atalaia. Assim chamou-se até meados do Século XIX ( IBGE, 2010).

Em 1889, recebe através de Decreto de Lei a condição de cidade e passa a chamar-se União pelo decreto de 25 de setembro de 1890. Essa mudança de nome se deve à união ferroviária entre Alagoas e Pernambuco. Contudo, o nome definitivo

da cidade só veio a ser dado em 1944, quando houve o acréscimo de Palmares ao nome da cidade, em homenagem ao Quilombo dos Palmares ( IBGE, 2010).

Os principais eventos festivos são: a procissão do Mastro e o tradicional bloco os Carroceiros do Amor, a Festa da Padroeira, Santa Maria Madalena (Janeiro e início de Fevereiro), a Festa do Milho (Junho, coincidindo com as populares festas juninas), a Festa da Consciência Negra (20 de Novembro, dia da morte de Zumbi dos Palmares) e a Corrida Palmarina do Jumento Alagoano (Último domingo de Dezembro).

### **1.3. Descrição do Município**

Quanto a sua organização espacial, União dos Palmares se encontra dividida em 16 bairros. Contudo, a última enchente corrida em 2010 provocou significativas transformações na organização espacial da cidade, haja vista a destruição de dois bairros periféricos: Francisco Correia Viana e Demócrito Gracindo e a construção de novos bairros nos limites da mancha urbana da cidade. Os conjuntos residenciais destinados aos desabrigados estão sendo construídos na porção leste da cidade, próximos a BR 104 (PREFEITURA DE UNIÃO DOS PALMARES, 2006).

Nesse contexto, o plano diretor da cidade, no intuito de apresentar os problemas estruturais do espaço urbano palmarino, estabeleceu quatro macro zonas de planejamento, quais sejam: a área de urbanização consolidada, a área de recuperação urbana, a área de restrição à urbanização e a área de expansão territorial urbana.

A “Área de Urbanização Consolidada”, formada pelo centro da cidade e pelos demais bairros centrais, é a que dispõe de melhor estrutura urbana, sendo composta pelas redes de serviços e comércio, incluindo a feira livre. A “Área de Recuperação Urbana” abrange as áreas mais distantes do centro da cidade e apresenta as condições mais precárias de urbanização, de infraestrutura, equipamentos e serviços (PREFEITURA DE UNIÃO DOS PALMARES, 2006).

Entretanto, em razão da demanda por novas áreas para expansão, encontra-se o Bairro Santa Maria Madalena, um grande bairro periférico que é onde estão sendo construídos um condomínio de classe média baixa e os conjuntos populares para os desabrigados da cheia. E por último há a “Área de Expansão Territorial Urbana”, que compreende os perímetros urbanos das Fazendas Serra da Laje e



Frios. Esta última vem sendo ocupada, sobretudo, pelas famílias mais abastadas da cidade.

Diante do exposto, observamos que a cidade de União dos Palmares apresenta um expressivo processo de segregação social parcial, onde dos 16 bairros que a integram, 11 são considerados periféricos. Periferias aqui compreendidas não apenas por serem as áreas imediatas ao centro, mas pela falta de infraestrutura e serviços que caracterizam o lugar de moradia da população de menor renda (PREFEITURA DE UNIÃO DOS PALMARES, 2006).

No atual período histórico, portanto, a organização espacial da cidade de União dos Palmares, caracterizada pela desigualdade e exclusão, apresenta bairros centrais que abrigam em sua maioria a população de maior poder aquisitivo, e bairros periféricos, que se apresentam como o lugar de moradia de cerca de 60% dos seus habitantes pobres (PREFEITURA DE UNIÃO DOS PALMARES, 2006).

Distribuída, sobretudo, na periferia do espaço urbano de União dos Palmares, a população urbana palmarina se encontra residindo 40% nos bairros centrais e 60% em seus bairros periféricos, cuja maior concentração é no bairro Roberto Correia de Araújo, com mais de oito mil pessoas (SILVA; PIMENTEL, 2011).

União dos Palmares assistiu a expansão da sua área urbana em decorrência, principalmente, do processo de migração rural e sua atual organização espacial reflete o processo de expansão da produção de cana de açúcar, promovida pela usina Laginha década de 1970, que expulsou os pequenos e médios produtores rurais para a cidade (SILVA; PIMENTEL, 2011).

#### **1.4 Aspectos Demográficos**

A área total do município corresponde a 427,78 km<sup>2</sup>, com uma concentração habitacional de 62.358 habitantes. Há, aproximadamente, 15.930 domicílios permanentes.

No Quadro 1 está apresentada a população de União dos Palmares por faixa etária e local de residência.

Quadro 1 Distribuição da População de União dos Palmares/AL, por faixa etária e localização, 2012

<b>Total de indivíduos</b>	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-49	60 y +	Total
<b>Área urbana</b>	1.276	1.384	2.117	3.312	2.906	9.143	25.111	3.888	2.321	49.458
<b>Área rural</b>	835	1.029	1.030	1.102	1.327	2.122	4.701	1.997	1.112	15.255
<b>Total</b>	2.111	2.413	7.413	4.414	4.233	11.265	29.812	5.885	3.433	64.713

Fonte (IBGE, 2010).

No Quadro 2 encontra-se demonstrada a população de União dos Palmares por ano, gênero e local de residência.

Quadro 2: População residente por ano, gênero e localização, 2012

<b>Gênero/Localização</b>	<b>População Residente / Ano</b>		
	2010	2011	2012
Feminina	29.868	32.187	33.401
Masculina	28.752	30.171	31.311
Rural	20.751	14.707	15.255
Urbana	37.869	47.651	49.458
Total	58.620	62.358	64.713

Fonte (IBGE, 2010).

Percebe-se no Quadro 1 que o maior contingente populacional encontra-se residindo na área urbana e no Quadro 2, independente do ano analisado, a população feminina é maior do que a masculina.

A taxa de crescimento anual é de 1% ao ano e a de escolarização é 30,4 %. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a 41,26% e a população usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 52,50% (IBGE, 2012).

Em relação ao abastecimento de água tratada, 93,5% da população a recebe. No município existem 13.294 domicílios particulares permanentes, dos quais 9.606 (72,30%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 5.637 (47,90%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 9.402 (70,70%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 2.895 (21,80%) são abastecidos por poço ou nascente e 997 utilizam outras formas de abastecimento (7,50%). Apenas 9.375 (70,50%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população (IBGE, 2012).

O Sistema Local de Saúde tem o Programa Saúde da Família (PSF) com 19 equipes atuantes, uma equipe de saúde bucal, dois Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

União dos Palmares, em relação às Redes de Média e Alta Complexidade, tem duas Policlínicas, dois Hospitais, com 118 leitos obstétricos, 41 leitos pediátricos, 30 leitos clínicos e 28 leitos cirúrgicos.

Os recursos humanos em saúde estão assim distribuídos: 159 médicos sendo eles: Anestesiologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gineco Obstetra, Médico da Família, Pediatra, Psiquiatra, Radiologista e Outras especialidades, alguns contratados outros concursados, trabalhando 8 horas diárias das 07h00min da manhã às 16h00min. São 27 enfermeiros, 29 dentistas e 178 agentes comunitário de saúde.

O território/área de abrangência da nossa equipe é composta de 4000 habitantes com 1200 famílias. Trata-se da unidade da saúde da família Maria da Conceição Parreira, localizada no bairro Milton Pereira, zona periférica da cidade de União dos Palmares. Essa unidade de Saúde da Família é constituída de 17 pessoas (uma diretora, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes de saúde, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal, dois vigilantes, um digitador, uma secretária e um de serviços gerais), trabalhando 8 horas diárias.

A nossa área de abrangência conta dois postos de saúde, duas escolas e inúmeras igrejas.

A Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parreira tem 200 metros quadrados, sendo dividido em: dois consultórios médicos, uma recepção, uma sala de digitador, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de observação, uma enfermaria, um consultório de odontologia, um refeitório, uma sala de esterilização, uma cozinha e uma lavanderia.

O diagnóstico situacional feito na Unidade, como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) mostrou que as principais causas de morte são os acidentes automobilísticos, geralmente causados por condutores de motos e também os mais diversos tipos de violências, sendo neste momento, as mortes por acidentes de trânsito a causa mais frequente. Também foram encontradas: alto índice de

pacientes com hipertensão e diabetes *mellitus* descompensados, alta incidência de doenças parasitária, pouquíssima coleta de prevenção de câncer do colo uterino, alto índice de consumo de álcool e drogas.

Em reunião da equipe de saúde, pela sua importância e urgência, definiu-se como problema prioritário, neste momento, trabalhar com pacientes com hipertensão e diabetes *mellitus* descompensados.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo alto índice de pessoas com hipertensão arterial e diabetes Mellitus em nossa comunidade, isto é, na Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, sendo a descompensação dessas doenças crônicas a fundamental causa de consulta na nossa unidade.

A equipe participou da análise dos problemas levantados no diagnóstico situacional e considerou que na localidade existem recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

Também deve-se levar em conta que educação e o conhecimento do indivíduo sobre sua doença evitam, em grande medida, o aparecimento de complicações.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para diminuir o alto índice de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus descompensados da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas.

#### **4 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme diretrizes do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Fez-se, ainda, uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: hipertensão, diabetes mellitus, descompensação e Estratégia Saúde da Família. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde.

As etapas desenvolvidas até o momento de priorização dos problemas e escolha deles para elaborar um Plano de Ação, foram: Identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos “nós críticos”, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Hipertensão arterial sistêmica

No Brasil a Hipertensão Arterial (HA) é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. É um importante fator de risco cardiovascular e sua prevalência gira em torno de 20 %. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e dos que conhecem apenas o 30% tem controle adequado (OLMOS; LOTUFO, 2002, p.23).

A HA, conforme dito anteriormente, é um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo. É, ainda, um dos fatores de risco mais importantes para o incremento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Dados do Ministério da Saúde apontam que a HA é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana, dentre outras (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde da atenção primária de saúde têm papel fundamental nas ações e estratégias de controle da hipertensão arterial, desde a definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, bem como nas ações educativas que objetivem esclarecer, orientar e educar a pessoa hipertensa quanto a necessidade de seguir o tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2006).

Dessa forma, tem-se o paciente motivado em não abandonar o tratamento e fazer seu controle regularmente, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Vale lembrar que associadas à hipertensão, os pacientes apresentam também outras comorbidades como diabetes, dislipidemia e obesidade, trazendo sérias implicações no que diz respeito ao monitoramento das ações terapêuticas necessárias para o controle desses pacientes (BRASIL, 2006).

Em relação ao tratamento da HA tem-se o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 30) tece as seguintes considerações a respeito da terapêutica anti-hipertensiva:

[...] o esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas; dada a necessidade de tratamento crônico da hipertensão



arterial, o Sistema Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados.

O tratamento não medicamentos se liga à prática de exercícios físicos, controle do peso, consumo moderado de sal, suspensão do tabagismo e álcool, dentre outros de acordo com a necessidade do paciente. É imprescindível que seja o tratamento de pessoas com hipertensão seja feito por equipe multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Também as diretrizes do Ministério da Saúde destacam que a atenção à pessoa hipertensa deve ser feita por multiprofissional e que a atenção básica realize o diagnóstico da HAS, acompanhe o tratamento cuidando para que as pessoas se sintam motivadas e façam o tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

## **5.2 Diabetes *Mellitus***

A frequência do diabetes tem aumentado rapidamente no mundo, nos últimos anos. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu que a doença é epidêmica. As estatísticas apontam que o número de casos registrados em 1977, cerca de 143 milhões, deve se multiplicar até 2025, podendo chegar aos 300 milhões. No Brasil, existem hoje 5 milhões de diabéticos. Estimativas revelam que até 2025 serão 11,6 milhões. Alguns dos fatores que favorecem esse crescimento alarmante de casos são o estilo de vida e o envelhecimento da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Segundo o International Diabetes Federation (2002), a população mundial de diabéticos é cerca de 5.5 bilhões de pessoas, sendo que na população adulta (entre 20 e 79 anos) este número é de 3.3 bilhões.

No que diz respeito aos critérios para o diagnóstico de diabetes, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014, p. 9), com utilização da glicemia propõem.

Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual

aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições (A);

Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia (A);

Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose  $> 200$  mg/dl (A).

Em relação à glicemia, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014, p.10) recomendam que sua aferição deve, de preferência, ser determinada através do plasma. Assim, o sangue é “coletado em um tubo com fluoreto de sódio, centrifugado, com separação do plasma, que deverá ser congelado para posterior utilização”. Nos locais não há disponibilidade do reagente, a “determinação da glicemia deverá ser imediata ou o tubo mantido a 4o C por, no máximo, 2 horas”.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição dos problemas

Elaboramos uma primeira aproximação da nossa área de abrangência, por meio do diagnóstico situacional e levando em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto e numerando os problemas por ordem de prioridade.

Os problemas de saúde identificados na área de abrangência são:

1. Alto índice de descompensação em pacientes com doenças crônicas (HAS e DM).
2. Alta incidência de doenças parasitárias.
3. Baixo nível de cultura higiênica alimentar e Sanitária
4. Baixa quantidade de coleta de prevenção de câncer do colo uterino.
5. Alto índice de desemprego.
6. Alto índice de consumo de álcool e drogas

No Quadro 1 encontram-se apresentados os problemas e sua respectiva ordem de prioridade, urgência capacidade de enfrentamento.

Quadro 1: Problemas identificados na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de descompensação em pacientes com doenças crônicas.	Alta	6	Parcial	1
Alta incidência de doenças parasitárias	Alta	6	Parcial	2
Baixo nível de cultura higiênica alimentar e Sanitária	Alta	6	Parcial	4
Baixa quantidade de coleta de prevenção de câncer do colo uterino.	Alta	6	Parcial	5
Alto índice de desemprego	Alta	6	Parcial	7
Alto índice de consumo de álcool e psicofarmacos.	Alta	6	Parcial	3

## **6.2 Priorização dos problemas**

A equipe escolheu a elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes como problema prioritário.

### **6.3 Descrição de problema selecionado:**

A análise da frequência de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de descompensação da Hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus bem como outros fatores associados como o tabagismo, obesidade e dislipidemia indicou a prioridade alta para a escolha desse problema de saúde pública. Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados de pacientes hipertensos e diabéticos com descompensações frequentes associadas a fatores e cadastrados na Unidade.

### **6.4 Explicação do problema**

Dentro do Momento Explicativo, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a explicação da realidade do problema deve levar em consideração o seu alto impacto sobre os fatores que o cercam e os seus sintomas, ou seja, deve-se poder agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa.

Destaca-se que os usuários da nossa área de abrangência não têm seguido regularmente o tratamento indicado para eles e diversos deles têm apresentado comorbidades por conta disso. Dessa forma, vários pacientes hipertensos ou diabéticos apresentam, descompensação da doença.

Daí a grande importância de ampliar o acesso dessa população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde.

Essas descompensações representam um problema grande e crescente na área de abrangência.

Depois de identificar as necessidades dos pacientes com descompensações, de acordo com as percepções da equipe, tornou-se preciso elaborar uma proposta educativa para diminuir essas descompensações na saúde dos pacientes uma vez que elas trazem consequências conforme Quadro 3

### Quadro 3- Consequências das descompensações

Risco cardiovascular e renal aumentado → aumento das complicações da hipertensão e da diabetes (AVC, IAM, amputações, IRC) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

### 6.5 Identificação dos nós críticos

Os nós críticos identificados em minha área de abrangência são:

1. Não entendimento e dificuldade da orientação/prescrição;
2. Baixo nível de escolaridade ou analfabetismo do paciente;
3. Baixa renda do paciente associado à falta de medicamento em farmácia em PSF ou secretaria de saúde.

### 6.6 Plano de ação para cada nó crítico identificado

Quadro 4 – Operações para o “nó crítico 1” relacionado ao problema “pacientes com descompensação da hipertensão e do diabetes” sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	<b><i>Não entendimento e dificuldade da orientação/prescrição</i></b>
<b>Operação</b>	Reunião com a equipe de saúde para apresentação do projeto seu planejamento, objetivos e solicitar apoio
<b>Projeto</b>	<b><i>Conhecendo +</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de saúde consciente da importância de suas orientações aos pacientes de forma clara e ao entendimento de cada paciente; Pacientes seguros a respeito da medicação; Pacientes conscientes da importância de tratamento não medicamentosos.

<b>Produtos esperados</b>	Melhoria dos cuidados prestados Pacientes bem orientados e controlados.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: local para reunião, recursos audiovisuais Cognitivo: conhecimento de questões ligadas à doença e ao tratamento Político: apoio para as ações e divulgação
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: equipe da UBS
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Grupos de educação com os pacientes hipertensos e com os diabéticos; Grupo de discussão com equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Mensalmente para os grupos de HAS e DM. Semestralmente, educação continuada com a equipe.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Semestralmente ou quando se fizer necessário para monitoramento das ações planejadas e executadas.

Quadro 5 – Operações para o “nó crítico 2” relacionado ao problema “pacientes com descompensação da hipertensão e do diabetes” sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas

<b>Nó crítico 2</b>	<b><i>Baixo nível de escolaridade ou analfabetismo do paciente</i></b>
<b>Operação</b>	Reunião com a equipe e atores da comunidade para viabilizar algumas ações, solicitar apoio a profissionais da educação.
<b>Projeto</b>	<b><i>Educando+</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhor nível de escolaridade dos paciente. Pacientes interessados e conscientes de elevar seu nível de escolaridade Pacientes dispostos e confiáveis na equipe de saúde e nas atividades/tratamento propostos
<b>Produtos esperados</b>	Pacientes bem informados Melhoria na compreensão pelos pacientes.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, profissionais de educação
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: local para reunião, recursos audiovisuais Cognitivo: conhecimento de questões ligadas ao processo educativo e ao tratamento Político: apoio para as ações e divulgação
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: equipe da UBS Ator que supervisor: profissionais da educação
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Grupos de educação com os pacientes hipertensos e com os diabéticos; Grupo de discussão com equipe de saúde e os profissionais de educação
<b>Cronograma / Prazo</b>	Semanalmente: para a HAS e DM Mensalmente; educação continuada para a equipe de UBS
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Semestralmente ou quando se fizer necessário para monitoramento das ações planejadas e executadas

Quadro 6 – Operações para o “nó crítico 3” relacionado ao problema “pacientes com descompensação da hipertensão e do diabetes” sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição Parteira, em União dos Palmares, Alagoas

<b>Nó crítico 3</b>	<b><i>Baixa renda dos paciente associada à falta de medicamento em farmácia do PSF ou secretaria de saúde</i></b>
<b>Operação</b>	Reunião com a equipe, pessoa da secretaria e da farmácia para solucionar a falta de medicamento.
<b>Projeto</b>	<b><i>Saúde +</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Gestor consciente da importância de medicamento no PSF e equipe conhecedora dos medicamentos existentes para prescrição efetiva; Os farmacêuticos orientar a equipe sobre os medicamentos que estão em falta; O gestor dada importância de medicamento deve supervisionar a entrega dos mesmos no PSF.
<b>Produtos esperados</b>	Melhoria do abastecimento de medicamento pela farmácia e a secretaria ao PSF. Estratégias para diminuir os fatores extrínsecos que dificultam o ciclo de abastecimento
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Farmacêuticos, a equipe de saúde e o gestor da secretaria.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: local para reunião, recursos materiais como :folia, caneta e computador Cognitivo: conhecimento de questões relacionadas com a falta de medicamentos no PSF Político: apoio da secretaria de saúde e a farmácia
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: farmacêuticos Ator que supervisor: secretaria de saúde; o gestor da secretaria.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Grupo de monitoramento dos ciclos de medicamentos para o PSF Grupo de avaliação do abastecimento pela farmácia
<b>Cronograma / Prazo</b>	Mensalmente: para a farmácia Semestralmente: para o gestor da secretaria
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Semestralmente: pelos agentes envolvidos



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS e o DM, assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica de saúde.

Apesar de ser possível e desejável se fazer o diagnóstico precoce e o controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, ainda se encontram fragilidades/dificuldades no atendimento de pessoas hipertensas e diabéticas nas unidades de saúde.

Nesse sentido, espera-se que a efetivação do plano de intervenção em questão seja importante para contribuir e otimizar o controle das afeções crônicas e diminuir a ocorrência de descompensação da população acometida pela HAS e DM, reduzindo a morbimortalidade na nossa área de abrangência.

Dentre os recursos necessários para implementação deste projeto de intervenção temos aqueles considerados críticos que são, principalmente, os cognitivos, os organizacionais e os econômicos. Destacamos a falta de disponibilidade na agenda dos profissionais de saúde como um dos principais entraves para realização das operações propostas e que pode atrasar a implantação do plano, até que esses problemas sejam resolvidos. Somam-se, ainda, a deficiência de recursos financeiros e de equipamentos.

A equipe, empenhada na proposta do projeto de prevenção, fará o possível e necessário para disponibilização dos recursos indispensáveis e resolução dos problemas que sejam entraves na aplicação do projeto.

O passo inicial será reunião com o gestor da secretaria de saúde e, em seguida, a capacitação e atualização do PSF em relação à HAS e DM, e os riscos de complicações das mesmas.

A proposta do projeto de prevenção no PSF Maria Conceição Parteira mesmo com as dificuldades existentes para implementação do plano de ação tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce em diversos pacientes com vistas à prevenção e ao tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção à saúde.

Outra vantagem é a priorização das atividades coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos, as palestras informativas, com objetivos de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas e educativas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo.

Acreditamos que aumentando a adesão da população as mudanças de estilo de vida no uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil 2006; 15(1): 47 - 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.

CAMPOS, F.C. FARIA, H.P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte, 2 ed. Universidade Federal de Minas Gerais, Nescon, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/**Sociedade Brasileira de Diabetes**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE- **Censo 2010**. Disponível em: [lbge.gov.br](http://lbge.gov.br).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**, 2012 Disponível em: [www.Cidades.lbge.gov.br](http://www.Cidades.lbge.gov.br)

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia. **Avaliação dos Planos Diretores: Município de União dos Palmares**. Disponível em. Acesso em: 02/05/2012.

OLMOS, R.D., LOTUFO, P.A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no mundo. **Rev. Bras Hipertens** v.9, n.1, p. 21-23, 2002.

PREFEITURA DE UNIÃO DOS PALMARES. **Plano Diretor Participativo Desenvolvimento Integrado (PDPDI)**. União dos Palmares - AL, 2006.

SILVA, C. L. da; PIMENTEL, M. A. L. **Uso do Território: Periferias e Desigualdades na Cidade de União dos Palmares – AL**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual de Alagoas, Campus Zumbi dos Palmares. União dos Palmares, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, (supl.1)\_p. 1-51, São Paulo 2010