

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

Josefa Carla Moura de Lima

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE,
QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DO RISCO DE AGRAVOS RELACIONADOS À
HIPERTENSÃO E DIABETES EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
URBANO II NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO-AL**

Maceió-AL

2022

Josefa Carla Moura de Lima

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE,
QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DO RISCO DE AGRAVOS RELACIONADOS À
HIPERTENSÃO E DIABETES EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
URBANO II NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO-AL**

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: Thatiana Regina Favaro

Maceió-AL

2022

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

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

L732p Lima, Josefa Carla Moura de.
Projeto de intervenção para melhoria das condições de saúde, qualidade de vida e redução do risco de agravos relacionados à hipertensão e diabetes em pacientes da Estratégia Saúde da Família Urbano II no município de Junqueiro-AL / Josefa Carla Moura de Lima. – 2022.
45 f. : il.

Orientadora: Thatiana Regina Favaro.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 44-45.

1. Hipertensão. 2. Diabetes mellitus. 3. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Avaliação de processos em cuidados de saúde. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

Folha de Aprovação

JOSEFA CARLA MOURA DE LIMA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DESAÚDE,
QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DO RISCO DE AGRAVOS RELACIONADOS
À HIPERTENSÃO E DIABETES EM PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA URBANO II NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO-AL

Projeto de Intervenção submetido ao corpodocente do
Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em
Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 27
de abril de 2022.

Orientadora:



Documento assinado digitalmente

THATIANA REGINA FAVARO

Data: 19/07/2022 11:14:27-0300

Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profª Drª Thatiana Regina Fávaro
Faculdade de Nutrição Universidade
Federal de Alagoas

Examinadora:



Documento assinado digitalmente

MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE

Data: 19/07/2022 13:58:18-0300

Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profª Drª Maria Cícera dos Santos Albuquerque
Escola de Enfermagem
Universidade Federal de

DEDICATÓRIA

Ao meu bom Deus, a minha família, às pessoas que convivi ao longo da minha trajetória profissional e a todos que me ajudaram com seu conhecimento, apoio e exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha família, a todos que contribuíram como suporte e incentivo para realização deste trabalho, a minha orientadora Thatiana Favaro pelo acompanhamento nesse trabalho, a minha equipe de saúde e aos pacientes que foram fundamentais para este projeto, a coordenação do curso e a Universidade Federal de Alagoas por essa oportunidade de partilhar o conhecimento.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes são patologias crônicas prevalentes no Brasil e no mundo. São considerados problemas de saúde pública responsáveis por elevados números de morbimortalidade, seus agravos e complicações acarretam sérios problemas de saúde e afetam de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes e representam grande gasto para o setor saúde, principalmente para a esfera pública. A atenção à saúde dos pacientes com hipertensão e diabetes é um desafio que pede dos serviços de saúde um trabalho voltado para o cuidado e a prevenção, que vai além da terapêutica medicamentosa. Na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Urbano II, município de Junqueiro, é elevado o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes e que mesmo fazendo uso contínuo de medicamentos, apresentam níveis pressóricos e glicêmicos não controlados. Este trabalho propõe a elaboração de um projeto de intervenção que através do conhecimento, ações educativas e de saúde, atividades preventivas, mudanças no estilo de vida e reorganização e fortalecimento do processo de trabalho, permita maior controle dos níveis pressóricos e glicêmicos desses pacientes. Para o presente estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para contribuir com a elaboração do referencial teórico. O projeto foi elaborado seguindo o planejamento estratégico situacional. A partir da implementação desse projeto de intervenção, os resultados esperados são o aprimoramento no nível de conhecimento dos pacientes sobre hipertensão e diabetes e sobre os cuidados relacionados e o risco de complicações e agravos, maior adesão às ações de promoção e prevenção e mudanças de estilo de vida, melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida desses pacientes e uma otimização no processo de trabalho relacionado aos cuidados em saúde na Estratégia Saúde da Família Urbano II.

Descritores: Hipertensão. Diabetes. Atenção primária. Estratégia Saúde da Família. Processos em cuidados de saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension and Diabetes are prevalent chronic pathologies in Brazil and worldwide. They are considered public health problems responsible for high numbers of morbidity and mortality, their aggravations and complications cause serious health problems and significantly affect the quality of life of patients and represent a great expense for the health sector, especially for the public sphere. Health care for patients with hypertension and diabetes is a challenge that requires health services to work on care and prevention, which goes beyond drug therapy. In the area covered by the Family Health Strategy Urbano II, in the city of Junqueiro, there is a high number of patients with systemic arterial hypertension and diabetes who, even with continuous use of medication, have uncontrolled blood pressure and glycemic levels. This work proposes the elaboration of an intervention project that, through knowledge, educational and health actions, preventive activities, changes in lifestyle and reorganization and strengthening of the work process, allows greater control of blood pressure and glycemic levels in these patients. For the present study, a bibliographic research was carried out in the database of the Virtual Health Library to contribute to the elaboration of the theoretical framework. The project was designed following situational strategic planning. From the implementation of this intervention project, the expected results are the improvement in the level of knowledge of patients about hypertension and diabetes, about related care and the risk of complications and diseases, greater adherence to promotion and prevention actions and changes in lifestyle, improvement in the health conditions and quality of life of these patients and an optimization in the work process related to health care in the Urban Family Health Strategy II.

Keywords: Hypertension. Diabetes. Primary attention. Family Health Strategy. Health care processes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

HIPERDIA - Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ACS - Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	24
5.2 Diabetes Mellitus.....	25
5.3 Processos em Cuidados de Saúde na Estratégia Saúde da Família.....	27
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1- INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Junqueiro é um município do Estado de Alagoas localizado na região centro-sul. Limita-se ao norte com os municípios de Limoeiro de Anadia e Campo Alegre, ao sul com Teotônio Vilela e São Sebastião, a leste com Campo Alegre e Teotônio Vilela e a oeste com Arapiraca, Limoeiro de Anadia e São Sebastião. Possui área: 254 km², representando 0.915% do Estado, 0.0163% da Região e 0.003% de todo o território brasileiro (IBGE, 2010).

Junqueiro é conhecida como “Terra da Paixão”, pois na Semana Santa é palco da encenação da Paixão de Cristo e ficou famosa por esse espetáculo. Fica situada no Agreste e quem nasce na cidade é chamado de Junqueirense. Está situada a 87 km da capital, Maceió.

O município contava com 24.727 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 102,4 habitantes por km² no território do município. O município já pertenceu a Limoeiro de Anadia, sua Emancipação Política é comemorada em 9 de Julho (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNQUEIRO, 2021).

A origem do nome está diretamente relacionada à existência farta do JUNCO às margens da lagoa responsável pela formação de um pequeno aglomerado de moradores. Muitas pessoas utilizavam o junco de fabricação de utensílios domésticos. A exploração cresceu e os que passavam em direção à lagoa comentavam: “vamos para o Junqueiro” (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNQUEIRO, 2021).

Hoje, as atividades econômicas predominantes no município consistem na agricultura e agropecuária, com destaque para o cultivo da cana-de-açúcar. Segundo dados de 2019, o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,6 salários-mínimos e o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo [2010] era de 51% (IBGE, 2010, 2019).

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] é de 97,8% e dados de 2020 informam que o município possui 22 escolas de ensino fundamental e 1 de ensino médio. O IDEB das séries iniciais e finais do ensino fundamental (2017), são respectivamente 6,1 e 5,2 (IBGE, 2010, 2017).

Junqueiro possui uma população rural muito maior que a urbana, a rural é de 16.033 mil e a residente na área urbana é de 7.803 habitantes (IBGE, 2013), sendo classificado como rural-adjacente. É no campo que estão as maiores oportunidades de ocupação e subsistência para essa população. A faixa etária de 20-39 é a maior e é considerada população economicamente ativa (IBGE, 2010, 2013).

O município, segundo a gestão, está reorganizando o processo de trabalho em suas secretarias, já que se trata de uma nova administração que iniciou em 2021. O município é agora administrado por Cícero Leandro, candidato que era oposição a antiga gestão, que administrou o município por um longo período.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Os usuários, pacientes e famílias são acompanhados na Atenção Primária primordialmente, onde são acompanhados pelas equipes de saúde, visando a prevenção e cuidado de acordo com o contexto de suas condições.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão situadas em sua maioria na zona rural, já que a população adscrita é maior nessa região. O município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) divididas de acordo com o mapeamento das necessidades dos distritos sanitários.

Os exames de patologia mais comuns são realizados na própria cidade, num laboratório que tem parceria com o município. Os mais complexos são referenciados para outras cidades.

Há na cidade um hospital, o Hospital Municipal Teófilo Pereira, que atende demandas de média e alta complexidade, Urgência e Emergência e realiza pequenas cirurgias e partos considerados humanizados, acompanhados por profissionais capacitados.

O município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que auxilia no cuidado aos pacientes com doença mental e conta também, com o Programa Melhor em Casa, que presta assistência ao paciente em seu domicílio. Os serviços de maior complexidade na Rede de Atenção à Saúde que não conseguem ser resolvidos no próprio município, são direcionados aos municípios de São Miguel, Maceió e Arapiraca.

Na parte odontológica, os atendimentos são realizados nas UBS, seguindo as diretrizes elencadas pela Estratégia Saúde da Família, para prevenção e promoção em Saúde e para o atendimento clínico. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) foi desativado na outra gestão, está no plano de governo dessa gestão reativá-lo, no momento, como referência odontológica, há o atendimento de prótese no laboratório do município, além dos atendimentos do cirurgião bucomaxilo e da endodontista que acontecem na UBS Urbano.

1.3 Aspectos da comunidade

Conforme foi abordado anteriormente, as UBS do município estão situadas em sua maioria na zona rural, já que a população adscrita é maior nessa região, sendo o município classificado como rural adjacente. Na zona urbana temos as ESF do mutirão I e II e Urbano I e II.

Apesar da equipe de Estratégia Saúde da Família do Urbano ser localizada na Zona Urbana, a microárea da Agente Comunitária de Saúde (ACS) Silvânia, abrange três sítios (Boca da Mata, Massaranduba, Mutuns), essa micro possui uma realidade diferenciada, pois tem mais dificuldade de locomoção, principalmente durante o período de chuvas, por possuir estradas de barro e tornar difícil o acesso, além de estar mais distante da UBS. Então, os atendimentos são planejados para que esses pacientes não sejam prejudicados e sejam acolhidos de acordo com sua realidade.

No município há coleta de lixo, o sistema de esgoto em algumas ruas está deficiente e o matadouro foi removido da cidade por condições sanitárias. A comunidade conta com creches, escolas de ensino fundamental e médio, igrejas, o teatro municipal, bancos e apoios sociais. Possui uma casa da sopa para a população carente e o CRAS.

Os problemas sociais relacionados a essa área de abrangência, são o desemprego, os subempregos, principalmente nessa época de Pandemia, uso de álcool e drogas e a criminalidade. Na parte rural, muitos trabalham com a agricultura e vendem seus produtos na feira da cidade que acontece aos sábados.

A cidade ainda requer um maior desenvolvimento, bem como, a comunidade local. Mas, a gestão municipal já tem se reunido com entidades do terceiro setor para desenvolver o comércio e o setor de serviços e tem realizado projetos de incentivo ao esporte e à cultura.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Urbano

O posto de saúde Urbano é constituído de duas equipes na Unidade Básica de Saúde (UBS), Urbano I e Urbano II. O projeto terá como referência a realidade de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde do Urbano II.

A UBS Urbano fica localizada no centro e vizinho a Secretaria de Saúde, por ser ampla e possuir várias salas, os atendimentos de algumas especialidades que eram feitas no hospital, passaram a ser feitas neste local durante boa parte do ano, sendo agora reajustada a demanda para o retorno aos atendimentos no hospital do município. Também pela localização e proximidade com a secretaria, é comum surgir muita demanda espontânea procurando atendimento.

Embora cada equipe atue responsável por sua microárea, ambas trabalham em cooperação, tanto que, quando alguma delas está sem algum dos profissionais do quadro, a outra age dando suporte.

As equipes são acompanhadas por uma diretora administrativa, que fica responsável pelas questões estruturais, físicas e pelo processo de trabalho. Há no município, coordenação geral de Atenção Básica e coordenação de Saúde Bucal.

Ambas as equipes apesar de urbanas, abrigam uma parte de sítios que foram mapeados para pertencer a essas áreas, por questões de proximidade e de distribuição da população.

O atendimento humanizado visa sempre acolher o usuário, o paciente e as famílias da melhor forma, de maneira que alcance a satisfação de seus anseios e melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida. Por isso, a importância de se avaliar as ações desenvolvidas e o processo de trabalho na UBS.

1.5 A Equipe da Estratégia Saúde da Família Urbano II

A UBS do Urbano II está localizada no centro da cidade, vizinho à Secretaria Municipal de Saúde. Está numa localidade próxima a escolas, bancos, igrejas e do comércio local. A ESF Urbano II também abrange uma área rural, composta por três sítios (Boca da Mata, Massaranduba e Mutuns). Essa microárea possui uma realidade

diferenciada, pois apresenta mais dificuldade de locomoção, principalmente durante o período de chuvas, por possuir estradas de barro e estar mais distante da UBS.

A ESF possui no sistema de cadastros do SUS 2.201 pessoas, mas há cadastros duplicados nessa informação, que estão sendo higienizados, e de fato, há um total de 1.618 pessoas até o último levantamento de dados, tendo como fonte o cadastro dos ACS. Sendo 737 homens e 881 mulheres. A maior parte da população da área de abrangência está na faixa de 40-49 anos, segundo o levantamento dos agentes.

A equipe de saúde é constituída de médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e cinco ACS. O município está colaborando com um programa de estágios em parceria com algumas universidades e cursos, por isso, é comum a presença de estagiários na UBS.

Como esse posto é central e possui muitas salas, lá são realizadas também as consultas com alguns especialistas, na parte médica, a pediatra; e na parte odontológica enquanto não organizam o CEO, o cirurgião bucomaxilofacial, que utiliza duas salas para seu atendimento, às quartas-feiras de 15 em 15 dias; e o atendimento de endodontia que começou recentemente e acontece toda segunda-feira, na sala de Odontologia do Urbano II.

A equipe compartilha o pré-natal, momento em que a gestante passa pelo atendimento do médico, da enfermeira e da cirurgiã-dentista. Procura-se referenciar um ao outro quando o paciente necessita da avaliação profissional compartilhada.

A rotina de atendimentos é semanal, contemplando atendimentos agendados, com grupos de trabalho, urgências e a demanda espontânea. A proposta do trabalho é ter sempre o cuidado de acompanhar os pacientes e famílias que já procuraram a Unidade, mas também atender novos usuários que nunca estiveram ou se ausentaram muito tempo da UBS. Assim como, as visitas domiciliares aos pacientes prioritários e as atividades de prevenção e educativas.

1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Urbano II

A UBS funciona de segunda a sexta, abre às 7 e fecha às 16, porém, quando há atendimento de especialidade, esse horário se estende um pouco mais, já que a demanda é muito grande. A UBS não conta com atendimento noturno ainda, mas quando são

marcados eventos, são realizados atendimentos noturnos, com a equipe selecionada para o evento. Os profissionais trabalham em sua maioria 40 h.

A Unidade possui uma recepção com duas funcionárias na parte administrativa. Durante o atendimento das especialidades, outra recepcionista é deslocada para ajudar no fluxo de pacientes. Os pacientes antes de chegarem ao atendimento com médico, enfermeira e dentista passam por uma pré-consulta com a técnica de enfermagem para aferição de pressão arterial e glicemia.

A UBS funciona com as marcações de consultas agendadas, urgências, demanda espontânea, trabalho com grupos operativos e visitas domiciliares. Todas ações e serviços são totalmente voltadas para a população adscrita, baseadas no vínculo do cuidado.

1.7 O Dia a Dia da Equipe Urbano II

Durante a semana, a equipe de saúde se articula para realizar os atendimentos agendados aos grupos (HIPERDIA, puericultura, gestantes), às urgências, demanda espontânea e realizar as visitas domiciliares e ações preventivas.

Os profissionais que compõem a equipe trabalham em sua maioria 40 h. A equipe conta com 5 agentes comunitários de saúde, esses se dividem entre as visitas domiciliares e também a visita a UBS para ter contato com os profissionais, para articular o elo com a comunidade, tendo um contato mais assíduo com a enfermeira.

Toda semana são realizadas consultas com médico, enfermeira e dentista. A população tem sido assistida com os atendimentos básicos e sendo referenciados quando necessário.

Há, na medida do possível, um intercâmbio de informações, se um paciente se consulta com a dentista e precisa do médico ou da enfermeira, ele é encaminhado, da mesma forma, se chega aos outros consultórios e tem alguma necessidade de atendimento por outro profissional. Se o ACS sabe de alguma situação que requer a atenção da equipe, também repassa a informação. Porém, ainda se faz necessário maior engajamento e planejamento das ações interdisciplinares na equipe.

1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade

Através da consulta de dados levantados pelos ACS, as principais comorbidades e agravos à saúde que atingem a população da ESF Urbano II, são a hipertensão com 314 pacientes e o diabetes com 110 pacientes.

Embora sejam comorbidades crônicas prevalentes na população em geral, um fato observado nos atendimentos da equipe, dentista, médico e enfermeira, é que mesmo fazendo uso da medicação contínua, muitos deles estão descompensados nos níveis pressóricos e glicêmicos. O que acarreta complicações de saúde de uma maneira global e que precisam ser evitadas.

Há nessa área, muitas pessoas fazendo uso de medicações para problemas mentais, até pacientes muito jovens, sendo vítimas de ansiedade e depressão. Quadro que aumentou nesse período de Pandemia. Muitos se tornam dependentes de medicações controladas, por longo período.

Outra situação, é o índice de perda de dentes ocasionada por problemas endodônticos, já que o serviço de Endodontia iniciou no município recentemente, mas ainda não contempla os dentes molares, sendo realizada de pré-molares a pré-molares.

As lamas de esgoto que escorrem em algumas ruas, caracterizam um problema no sistema de esgotamento sanitário, podendo causar doenças provenientes de insetos, mosquitos, roedores ou do próprio contato humano com as lamas. Outra questão, é a destinação e o armazenamento do lixo que estão sendo realizados de maneira inadequada e sendo assim, o lixo contaminado pode trazer riscos à saúde dos trabalhadores e da própria comunidade.

Um problema de ordem social é o desemprego e subemprego, associados à perpetuação da pobreza e da carência da comunidade. O que requer ações que ofereçam maiores oportunidades de emprego e renda.

O fator que mais chama atenção é realmente o número de pessoas com hipertensão e diabetes, principalmente os que não estão em nível de controle. Assim como, a falta de um olhar mais abrangente para essa situação, o que requer uma melhoria no processo de trabalho.

1.9 Priorização dos Problemas

Inicialmente, utilizando dos registros em prontuários, dos dados fornecidos pelos agentes comunitários, do diagnóstico da realidade e da queixa dos próprios profissionais, foi possível descrever alguns problemas que mais afligem a comunidade adscrita à equipe Urbano II.

Assim, foram hierarquizados os problemas em nível de prioridade, da mais alta para a mais baixa e observada a capacidade de enfrentamento para essas questões. A partir dessa seleção foi possível escolher aquele problema que mais impacta a realidade de saúde e requer uma solução e intervenção mais urgente.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Urbano II, Unidade Básica de Saúde Urbano, município de Junqueiro, estado de Alagoas.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Alto índice de pacientes do Hipertensão com descompensação pressórica e glicêmica	Alta	8	Parcial	1
Uso excessivo de medicação controlada pela população	Alta	6	Parcial	3
Falta de oferta de endodontia integral pelo município	Alta	5	Parcial	2
Falha no saneamento/ esgoto a céu aberto	Alta	4	Fora	5
Destinação incorreta do lixo	Alta	4	Parcial	4
Desemprego/subemprego/pobreza	Alta	3	Fora	6

As prioridades selecionadas dizem respeito aos problemas mais relevantes para o contexto da UBS Urbano II. Sendo o “alto índice de pacientes do Hiperdia com descompensação pressórica e glicêmica” o que mais tem impactado os atendimentos, a saúde e a qualidade de vida desses pacientes. E é onde é possível intervir de uma forma mais significativa.

Os demais problemas impactam a realidade da UBS e da comunidade de abrangência, mas podem ser trabalhados em outro momento. A questão do desemprego e subemprego está além da capacidade de ação como equipe de saúde.

Esses altos índices estão associados à desinformação e a falta de adesão dos pacientes a um tratamento mais adequado e conseqüentemente, com a falta de planejamento das ações profissionais, o que requer a mudança no processo de trabalho que ajude a melhorar esse quadro, já que o problema é verificado, mas não têm sido realizadas intervenções significativas que busquem mudar essa realidade.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas representam o maior quantitativo de adoecimento e óbitos no mundo. Sendo a Diabetes e a hipertensão arterial sistêmica as mais comuns. Suas complicações e agravos acarretam sérios problemas à saúde dessas pessoas, trazem prejuízo à qualidade de vida e implicam em grandes despesas ao setor de saúde (LOPES; JUSTINO, ANDRADE, 2021). Sendo assim, atuar na prevenção é primordial para a manutenção da saúde dos mesmos e para diminuir os gastos em saúde, principalmente, os do setor público.

O Ministério da Saúde, por meio da pesquisa VIGITEL, traçou o perfil dos brasileiros em relação às doenças crônicas mais incidentes no país, verificando que entre elas há um destaque para a hipertensão arterial com cerca de 24,5% e diabetes com 7,4% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Essas doenças crônicas são prevalentes e estão em ascensão, são grandes causadoras de complicações como retinopatias, doenças cardiovasculares, infartos, causando até a morte desses pacientes por agravamento da situação sistêmica. Por isso, se faz tão importante um olhar especial para essas comorbidades, que possa promover uma melhoria nas condições de saúde e de qualidade de vida dessas pessoas.

O mundo tem enfrentado um momento crucial nos últimos três anos, que é a Pandemia de Covid19 e suas variantes, o que chamou ainda mais a atenção de todos para a existência das patologias e comorbidades e o quanto elas podem impactar no quadro da doença, no agravamento das infecções, e oferecer um risco maior de morte aos pacientes. Então, pensar em prevenção e promoção em saúde é primordial.

A partir do diagnóstico da realidade e levantamento de dados dos ACS junto à equipe de saúde, foi possível detectar as principais comorbidades e agravos à saúde que atingem a população da ESF Urbano II, que são a hipertensão com 314 pacientes e a diabetes com 110 pacientes. E apesar de haver o grupo operativo do Hiperdia na unidade, há pacientes que não aderem a outras práticas e formas de promover saúde,

que não sejam o tratamento medicamentoso, impactando negativamente na qualidade de vida dos mesmos.

No dia a dia de atendimentos odontológicos na unidade Urbano II, muitas vezes, é preciso realizar procedimentos com o uso de anestesia local, o que requer uma pré-consulta, ocasião em que se percebe que a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos apresentam-se descompensados em seus níveis glicêmicos e pressóricos. Sabe-se que a diabetes e a hipertensão arterial descompensadas aumentam o risco de complicações de saúde de uma forma geral, de emergências médicas e complicações nos atendimentos clínicos, assim como, atingem de maneira significativa a qualidade de vida e longevidade desses pacientes.

Frequentemente, as ações interprofissionais acontecem para resolver uma situação isolada e emergente. É o que acontece quando um paciente passa pela pré-consulta e apresenta alteração pressórica ou glicêmica significativa, ou quando apresenta dor ou alguma urgência. Sendo assim, a equipe precisa construir uma linha de cuidado que busque conhecer a realidade dos pacientes, dos grupos operativos, dentre eles o Hiperdia (grupo de trabalho prioritário que contempla hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe), para agir propondo melhorias nas condições de saúde e bem-estar dessas pessoas, de uma forma mais ampla e menos momentânea.

Conforme Starfield (2002), a atenção primária oferece a entrada no sistema de saúde, aborda os problemas mais comuns na comunidade, racionaliza os recursos visando a promoção, manutenção e melhora da saúde. Desta forma, o manejo desses pacientes na ESF requer um planejamento das ações, culminando na integralidade do cuidado.

Deste modo, justifica-se a proposição deste projeto de intervenção abordando essas duas comorbidades, no sentido de reestruturar e melhorar o processo de trabalho, a promoção e prevenção, em prol de evitar complicações decorrentes dessas doenças, melhorando a adesão dos pacientes às ações da clínica ampliada, que vai além do tratamento unicamente medicamentoso, pois promove autonomia, humanização do cuidado e responsabilização dos sujeitos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos pacientes com hipertensão e diabetes assistidos pela Estratégia Saúde da Família Urbano II, Junqueiro- Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- Reestruturar o processo de trabalho com a concepção da clínica ampliada e do trabalho preventivo com vistas a reduzir os agravos relacionados à hipertensão arterial e o diabetes.
- Estruturar ações de Educação Permanente em Saúde voltada para esta linha de cuidado.
- Implementar as ações de promoção em saúde, atividades educativas, acompanhamento nutricional, multiprofissional e interdisciplinar e de atividades físicas no âmbito do grupo Hiperdia.

4 METODOLOGIA

Para a realização da proposta de intervenção sobre a atenção à saúde dos pacientes com hipertensão e diabetes na ESF Urbano II do município de Junqueiro-AL foram realizadas as seguintes etapas: diagnóstico situacional da área de abrangência, revisão de literatura e a elaboração do plano de ação.

1. Primeira etapa: Diagnóstico situacional da área de abrangência

Realização do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência, que de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), utiliza do método de estimativa rápida como meio de obter informações sobre os problemas que afetam uma comunidade e os recursos para o seu enfrentamento, envolvendo os diferentes atores sociais, para que se estabeleça um processo de planejamento participativo. As informações coletadas para quantificar os pacientes com hipertensão e diabetes atendidos pela ESF Urbano II foram obtidas das fichas de pessoas com hipertensão e diabetes, dos cadastros dos agentes comunitários de saúde e das visitas domiciliares realizadas pela equipe a esse grupo de pessoas. A identificação e priorização dos problemas surgiu da análise ativa da realidade da área de abrangência e dos entraves no processo de trabalho. A partir das informações foi feita uma análise crítica que subsidiará as ações estratégicas em saúde.

2-Segunda etapa: Revisão de literatura

Foi realizada uma extensa revisão de literatura com foco nos seguintes termos: hipertensão, diabetes, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família, processos em cuidados de saúde. A busca foi realizada através de pesquisa na biblioteca virtual, no Scielo, Google Acadêmico, além de buscas gerais no âmbito das comunidades de

práticas. Foi utilizada a pesquisa qualitativa como método de estudo através da pesquisa documental.

3- Terceira Etapa: Elaboração de plano de intervenção

Nesta etapa, foi empregado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), implica num processo participativo em que os diferentes atores sociais participam com suas demandas, propostas e estratégias, buscando a melhoria das condições de saúde de uma localidade. Para a elaboração do projeto de intervenção, através da estimativa rápida, foram selecionados alguns problemas na vivência da ESF Urbano II e dentre eles, priorizado aquele de maior impacto para a realidade de saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

No Brasil, estima-se que haja cerca de 18 milhões de pessoas hipertensas, o que representa um grande número, sendo que, destes, apenas 30% estão controlados, aumentando assim, o risco de acidente vascular cerebral, doenças renais e cardiovasculares (MIRANZI, S. S. C et al., 2008).

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (29,2% da mortalidade). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial que muitas vezes é detectada de forma tardia por sua progressão lenta e silenciosa (CARVALHO, M. V. et al., 2013).

A HAS é um fator de risco para problemas cardiovasculares e pode trazer complicações graves para alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos). Dentre os principais fatores de risco estão: hereditariedade, idade, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool e fumo, alta ingestão de sódio e associação com o diabetes (CARVALHO, M. V et al., 2013).

Quando diagnosticada tardiamente ou quando não há adesão do paciente ao tratamento, as complicações decorrentes da hipertensão arterial podem resultar em internações e representar um alto custo hospitalar, é o que mostram as informações do banco de dados do SUS e Ministério da Saúde. 17,6% das internações estão relacionadas com a hipertensão e suas complicações (MIRANZI, S. S. C et al., 2008).

A Hipertensão Arterial está fortemente ligada a complicações e doenças cardiovasculares que podem ocasionar morte súbita, edema agudo do pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Estima-se que 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração, sejam decorrentes do agravamento dessa condição sistêmica (SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M., 2012).

A Estratégia Saúde da Família possui um papel fundamental na relação de vínculo e cuidado direcionado a esses pacientes. Pois, é possível através do

acompanhamento, identificar aqueles que estão em descontrole, coordenando o cuidado, assim como estabelecer práticas que visem o controle e a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes mellitus figura junto a Hipertensão Arterial como uma doença de relevância para a saúde pública, por ser uma doença crônica e prevalente na população brasileira.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Diabetes mellitus como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso ((MIRANZI, S. S. C et al., 2008).

Estima-se que até 2030, 366 milhões de pessoas no mundo terão diabetes. No Brasil, o número de pessoas acometidas passará de 4,5 (em 2000) para 11,3 milhões, ocupando assim a oitava posição entre os países com maior número de pessoas com a doença (SANTOS, A. L et al., 2015).

O DM2 constitui-se a forma mais comum da doença, representando cerca de 90% dos casos e seu surgimento está relacionado com hábitos de vida inadequados, os quais prejudicam a ação e produção da insulina ou predispõem a resistência à mesma (SANTOS, A. L et al., 2015).

Nos estágios iniciais a doença pode manifestar poucos sintomas ou até ser assintomática, o que dificulta o diagnóstico e aumenta o risco de complicações agudas, como hipoglicemia, cetoacidose diabética, alterações micro e macrovasculares (SANTOS, A. L et al., 2015).

Tanto para Hipertensão quanto para o Diabetes mellitus o tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não

houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRANZI, S. S. C et al., 2008).

As complicações crônicas da Diabetes podem ser diferenciadas em macro e microvasculares. As macrovasculares são: cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, que estão frequentemente associadas à morbimortalidade decorrente da doença e as microvasculares são: lesões na visão (retinopatia), doença renal (nefropatia) e lesão neuronal (neuropatias), que constituem causas mais comuns de cegueira irreversível, doença renal crônica e amputações não traumáticas de membros inferiores (SANTOS, A. L et al., 2015).

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da Qualidade de Vida (MIRANZI, S. S. C et al., 2008).

Como foi possível observar, é de suma importância pensar nesses pacientes de forma integral, pois só o tratamento medicamentoso não resolve o problema e os riscos de uma abordagem deficiente e de um descomprometimento do paciente com sua saúde são muito altos, desde complicações sistêmicas, internações, até a própria morte.

Ao profissional da esfera pública como promotor de saúde para indivíduos e coletividade, através da prevenção de doenças e agravos, cabe diagnosticar essa realidade e intervir para que grupos operativos como o HIPERDIA funcionem efetivamente, produzindo o controle eficaz da doença e a conseqüente melhoria de saúde e de vida para esses pacientes.

5.3 Processos em Cuidados de Saúde na Estratégia Saúde da Família

Na visão de saúde centrada na doença, advinda do processo histórico, quando se fala em clínica, se imagina um médico prescrevendo medicação ou solicitando exames para comprovar ou não a hipótese de doenças, mas a prática clínica é bem mais que isso, as pessoas não se limitam às doenças às quais estão acometidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Nos dias atuais, o modo de fazer saúde pede uma atenção integral, com ações voltadas para o indivíduo, a comunidade e à coletividade, o que conduz a um olhar que vai além do modelo saúde-doença.

Conforme diz o texto da Clínica Ampliada e Compartilhada do Ministério da Saúde (2009), quanto mais longo for o percurso do tratamento, maior a necessidade de participação e adesão do paciente ao seu projeto terapêutico. A clínica ampliada reconhece a importância do sujeito, ao mesmo tempo que busca integrar o processo de trabalho, para que seja transdisciplinar e multiprofissional, evitando a fragmentação do processo.

Não se concebe mais a Estratégia Saúde da Família sem a participação popular, as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e os procedimentos continuam a existir, mas sem a monopolização do conhecimento, com práticas voltadas para a humanização da saúde, responsabilização e manutenção do vínculo terapêutico (BRASIL, 2009b). Assim, é necessário que o paciente conheça as formas de participação e adesão efetiva no seu processo terapêutico, o que requer que a equipe de saúde promova o acolhimento e descentralize o conhecimento e o cuidado.

Conforme Gomes (2015), as reuniões de avaliação são muito importantes no processo de trabalho, porque permitem identificar como o trabalho está sendo desenvolvido, suas limitações, dificuldades e oportunidades de melhoria. Em muitas equipes de saúde, como acontece na equipe Urbano II, essas ações e reuniões de planejamento e avaliação para coordenar o cuidado e integrar a equipe, não estão acontecendo ou acontecem raramente.

Portanto, a formação de grupos de discussão acerca da promoção em saúde é primordial, para envolver profissionais e usuários na construção de um processo de ensino-aprendizagem que deve ser intersetorial e multidisciplinar (LOPES, MSV et al, 2013).

A partir das referências consultadas é possível perceber a importância de melhorar o processo de trabalho e a integralidade do cuidado aos pacientes com hipertensão e diabetes, com ações de educação em saúde, prevenção e promoção, contribuindo para a adesão dos mesmos ao vínculo terapêutico.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Os dados obtidos dos cadastros dos agentes comunitários de saúde e do sistema de informação, assim como a observação atenta da realidade de saúde na equipe Urbano II, no município de Junqueiro-AL, permitiram elencar alguns problemas que impactam profundamente a qualidade de vida dessa comunidade. Destacando-se aqueles que serão apresentados, no quadro a seguir:

Quadro 2- Classificação de prioridades e problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe de saúde Urbano II.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Alto índice de pacientes do Hiperdia com descompensação pressórica e glicêmica	Alta	8	Parcial	1
Uso excessivo de medicação controlada pela população	Alta	6	Parcial	3
Falta de oferta de endodontia integral pelo município	Alta	5	Parcial	2
Falha no saneamento/ esgoto a céu aberto	Alta	4	Fora	5
Destinação incorreta do lixo	Alta	4	Parcial	4
Desemprego/subemprego/pobreza	Alta	3	Fora	6

6.2 Priorização dos problemas

A partir da análise dos dados fornecidos pelos agentes comunitários, do diagnóstico da realidade e da queixa dos próprios profissionais, foi possível descrever alguns dos problemas que mais afligem a comunidade adscrita à equipe Urbano II, conforme apresentados no quadro 2.

A identificação e seleção desses problemas passou por uma triagem, foram selecionados aqueles que mais interferem negativamente na realidade da área de abrangência, impactando a equipe, os pacientes e o sistema de saúde da localidade. Esses problemas foram analisados por um critério de importância, prioridade, hierarquia e capacidade de enfrentamento da equipe de saúde.

A priorização não diz respeito somente ao mais ou menos importante, pois todos são, mas a viabilidade de executar algum plano de intervenção de forma mais eficiente e prática, no sentido de resolver o problema mais urgente, a médio ou curto prazo.

Na ESF Urbano II, há uma grande quantidade de hipertensos e diabéticos, apesar do uso de medicação e acompanhamento pela equipe, grande parte apresenta níveis pressóricos e glicêmicos em descompensação. Por isso, o enfrentamento dessas comorbidades requer alguma intervenção para o controle de seus níveis de pressão e glicemia e para reduzir o risco de agravos. Pensando nisso, o problema selecionado para este projeto de intervenção foi: o alto índice de pacientes do HIPERDIA com descompensação pressórica e glicêmica.

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado

A hipertensão arterial e o diabetes são comorbidades prevalentes no Brasil, sendo consideradas problemas de saúde pública. No município de Junqueiro e na localidade da ESF Urbano II, é grande o número de hipertensos e diabéticos, o que

requer um trabalho voltado para a prevenção de riscos e agravos e para a melhoria de condições de vida dessa população.

No dia a dia da equipe Urbano II, pode-se verificar que muitos pacientes que estão agrupados no HIPERDIA (grupo de trabalho prioritário que contempla hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe) chegam com suas taxas de glicose e nível de pressão arterial elevada, ainda que afirmem o uso correto da medicação e alimentação adequada. Tais medições são realizadas na triagem dos pacientes que antecedem as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Em alguns casos, o procedimento odontológico não pode ser realizado em pacientes descompensados e se faz necessário acionar a enfermeira e o médico para intervir com medicação ou consulta de urgência. Embora isso aconteça com certa frequência, as ações acabam se resumindo àquela solução de momento para a situação específica de urgência.

O diagnóstico situacional mostra que há um grande número de pacientes na área de abrangência da ESF com descompensação nos níveis pressóricos e glicêmicos, o que sugere a necessidade de mudança na gestão clínica do cuidado e no processo de trabalho na ESF Urbano II.

Esse projeto de intervenção refere-se ao problema priorizado- alto índice de pacientes do Hiperdia com descompensação pressórica e glicêmica - que mantém íntima relação com a falta informação e de adesão dos pacientes às ações de saúde para controle da hipertensão e diabetes. Para isso, foram feitos o desenho das operações, seleção de nós críticos, análise de recursos e a gestão do plano, através da estimativa de produtos e resultados esperados.

6.2 Seleção de nós críticos

Foram identificados alguns nós críticos relacionados ao descontrole pressórico e glicêmico dos pacientes acompanhados pela equipe da Estratégia Saúde da Família Urbano II:

- Nível de informação deficitário dos pacientes quanto às condições que melhoram ou agravam seu quadro de saúde;
- Hábitos alimentares e estilo de vida inadequados e falta de ações de promoção em Saúde para esse grupo
- Carência de Educação Permanente para os profissionais lidarem com esses pacientes
- Processo de trabalho da equipe da ESF deficitário

6.3 Desenho de operações

As operações foram elaboradas de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 3 - Desenho de operações para os “ nós críticos” do problema “alto índice de pacientes do HIPERDIA com descompensação pressórica e glicêmica

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Nível de informação deficitário dos pacientes	<p>Conhecer para cuidar</p> <p>Aumentar a informação, autonomia e participação dos pacientes quanto aos cuidados no tratamento e a conscientização dos riscos e agravos</p>	<p>-Obter mais acolhimento, participação e responsabilização dos pacientes quanto aos cuidados com sua saúde</p> <p>- Aumentar a informação dos pacientes quanto aos riscos e complicações de um tratamento inadequado</p>	<p>-Palestras e salas de espera com informações sobre cuidados e riscos associados ao tratamento para o grupo HIPERDIA</p> <p>- Visitas domiciliares para orientar, promover e fortalecer o vínculo e para conhecer o contexto familiar desses pacientes</p>	<p>Cognitivo-estratégias sobre comunicação e educação em saúde</p> <p>Organizacional-agenda organizada</p> <p>Político - articulação intersetorial, mobilização social e parceria interprofissional</p> <p>Financeiro: recursos para materiais audiovisuais</p>
Hábitos alimentares e estilo de vida inadequados e falta de ações de promoção para esse grupo	<p>Viver com saúde</p> <p>- Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre boas práticas de saúde</p> <p>-Modificar estilo de vida através da alimentação saudável, acompanhamento psicológico e atividades físicas</p>	<p>-Engajamento dos pacientes nas atividades preventivas</p> <p>- Redução de obesidade e sobrepeso</p> <p>- Redução do sedentarismo entre pacientes com hipertensão e diabetes</p> <p>-Alcançar maior controle glicêmico e</p>	<p>-Realização de educação em saúde com pessoal da equipe e de apoio (psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social)</p> <p>-Programa de reeducação alimentar com profissional de nutrição</p> <p>- Realização de caminhadas e atividades físicas voltadas ao público do Hiperdia</p>	<p>Organizacional-organizar o projeto, reuniões profissionais, as consultas, as caminhadas e eventos</p> <p>Político- definição de local, mobilização social, intersetorial e interprofissional</p> <p>Cognitivo-</p>

		pressórico desses pacientes a médio prazo	-Suporte alimentar para pessoas de extrema pobreza -Acompanhamento psicológico	elaboração das atividades a serem desenvolvidas Financeiro-recursos audiovisuais, panfletos, lanches, suporte alimentar para pessoas de extrema pobreza
Carência de educação permanente para os profissionais	Capacita saúde -oferecer capacitações, formações, educação permanente para a equipe de saúde e os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com hipertensão e diabetes	-Ampliação do conhecimento dos profissionais sobre os cuidados com esse grupo de pacientes - Melhor gestão da clínica ampliada e do trabalho interdisciplinar	-Implantação e manutenção da educação permanente -Realização de formações, rodas de conversa e espaços de escuta para os profissionais	Organizacional-agenda organizada, planejamento das ações Político-Articulação intersetorial e interdisciplinar Cognitivo-elaboração das atividades por pessoal habilitado Financeiro-material audiovisual, computadores, material didático de suporte
Processo de trabalho deficitário	Reorganizar para cuidar -Melhorar a relação interprofissional dentro da equipe -Ampliar o acompanhamento e cuidado em relação aos pacientes do Hiperdia -Criar espaços de discussão de projeto terapêutico	-Obter melhor articulação e parceria da equipe na ESF -Reestruturação da assistência prestada nas consultas e visitas domiciliares aos pacientes do Hiperdia, com foco na prevenção de riscos e agravos e controle de seus índices pressóricos e glicêmicos -Realização de reuniões frequentes para discussão de projetos terapêuticos e para reorganizar a prática de saúde e cuidado prestados.	-Fortalecimento da relação interprofissional e na corresponsabilização do cuidado dentro da equipe - Reuniões e momentos de discussão terapêutica semanais/quinzenais -Organização do fluxo de atendimento agendado - Estabelecimento de um protocolo de cuidado a ser seguido para pacientes do Hiperdia, com ênfase nos pacientes de risco - Organização do fluxo de consultas e visitas domiciliares a esses pacientes.	Organizacional-adequação dos fluxos e da agenda Cognitivo-elaboração do projeto Político- adesão e comprometimento dos profissionais envolvidos

6.4 Recursos Críticos

Quadro 4 - Recursos críticos para viabilização do plano de intervenção

Conhecer para cuidar	<p>Organizacional: conseguir suporte dos profissionais envolvidos nas capacitações e da equipe de saúde</p> <p>Político: definir um espaço para as ações, articulação intersetorial, interprofissional e mobilização social</p> <p>Financeiro: recursos para materiais audiovisuais</p>
Viver com saúde	<p>Organizacional: engajar profissionais, ações e serviços de nutrição, psicologia, educação física e a equipe de saúde</p> <p>Político: conseguir local para ações, articulação intersetorial, mobilização social e interdisciplinar</p> <p>Financeiro: recursos para materiais audiovisuais,, panfletos, lanches e suporte alimentar para pessoas de extrema pobreza</p>
Capacita saúde	<p>Organizacional: conseguir engajamento dos profissionais, agenda organizada e planejamento das ações</p> <p>Político: articulação intersetorial e interdisciplinar</p> <p>Financeiro: material audiovisual, computadores, material didático de suporte</p>
Reorganizar para cuidar	<p>Organizacional: cooperação dos profissionais, organizar agenda, planejamento</p> <p>Político: articulação e adesão interprofissional</p> <p>Financeiro: disponibilização de carro para visita domiciliar</p>

6.5 Análise da viabilidade do plano

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores no problema

Operação/projetos	Recursos	Controle dos recursos		Operações estratégicas
<p>Conhecer para cuidar Aumentar a informação, autonomia e participação dos pacientes quanto aos cuidados no tratamento e a conscientização dos riscos e agravos</p>	<p>Cognitivo- estratégias sobre comunicação e educação em saúde Organizacional- agenda organizada Político - articulação intersetorial, mobilização social e parceria interprofissional Financeiro: recursos para materiais audiovisuais</p>	<p>Ator que controla Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional</p>	<p>Motivação Equipe de Saúde: favorável Secretária de Saúde: favorável Centro de Saúde Multiprofissional: favorável</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Obter apoio de todos os envolvidos no projeto Obter recursos financeiros para material Obter mobilização social e participação da comunidade</p>
<p>Viver com saúde - Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre boas práticas de saúde -Modificar estilo de vida através da alimentação saudável, acompanhamento psicológico e atividades físicas</p>	<p>Organizacional- organizar o projeto, reuniões profissionais, as consultas, as caminhadas e eventos Político- definição de local, mobilização social, intersetorial e interprofissional Cognitivo- elaboração das atividades a serem desenvolvidas Financeiro- recursos audiovisuais, panfletos, lanches, suporte alimentar para pessoas de extrema pobreza</p>	<p>Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional</p>	<p>Equipe de Saúde: maioria indiferente Secretária de Saúde: favorável Centro de Saúde Multiprofissional: favorável</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização de ações e eventos Obter apoio de todos os envolvidos no projeto Obter mobilização social e participação da comunidade Obter recursos financeiros para</p>

				financiamento do projeto
<p>Capacita saúde -Oferecer capacitações, formações, educação permanente para a equipe de saúde e os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com hipertensão e diabetes</p>	<p>Organizacional- agenda organizada, planejamento das ações Político- Articulação intersetorial e interdisciplinar Cognitivo- elaboração das atividades por pessoal habilitado Financeiro- material audiovisual, computadores, material didático de suporte</p>	<p>Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional</p>	<p>Equipe de Saúde: favorável Secretária de Saúde: favorável Centro de Saúde Multiprofissional: favorável</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização Obter apoio de todos os envolvidos no projeto Obter recursos financeiros para materiais</p>
<p>Reorganizar para cuidar -Melhorar a relação interprofissional dentro da equipe -Ampliar o acompanhamento e cuidado em relação aos pacientes do Hiperdia -Criar espaços de discussão de projeto terapêutico</p>	<p>Organizacional- adequação dos fluxos e da agenda Cognitivo- elaboração do projeto Político- adesão e comprometimento dos profissionais envolvidos</p>	<p>Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Equipe de Saúde: favorável Secretária de Saúde: favorável</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização Obter apoio de todos os envolvidos no projeto</p>

6.6 Elaboração do plano operativo

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo relacionado ao problema

Operação/ Projetos	Produtos	Resultados esperados	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazos
<p>Conhecer para cuidar Aumentar a informação, autonomia e participação dos pacientes quanto aos cuidados no tratamento e a conscientização dos riscos e agravos</p>	<p>-Palestras e salas de espera com informações sobre cuidados e riscos associados ao tratamento para o grupo HIPERDIA - Visitas domiciliares para orientar, promover e fortalecer o vínculo e para conhecer o contexto familiar desses pacientes</p>	<p>-Obter mais acolhimento, participação e responsabilização dos pacientes quanto aos cuidados com sua saúde - Aumentar a informação dos pacientes quanto aos riscos e complicações de um tratamento inadequado</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Obter apoio de todos os envolvidos no projeto Obter recursos financeiros para material Obter mobilização social e participação da comunidade</p>	<p>Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional</p>	<p>3 meses para início das atividades</p>
<p>Viver com saúde - Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre boas práticas de saúde -Modificar estilo de vida através da alimentação saudável, acompanhamento psicológico e atividades físicas</p>	<p>-Realização de educação em saúde com pessoal da equipe e de apoio (psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social) -Programa de reeducação alimentar com profissional de nutrição - Realização de caminhadas e atividades físicas voltadas ao público do Hiperdia -Suporte alimentar</p>	<p>-Engajamento dos pacientes nas atividades preventivas - Redução de obesidade e sobrepeso - Redução do sedentarismo entre pacientes com hipertensão e diabetes -Alcançar maior controle glicêmico e pressórico desses pacientes a médio prazo</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização de ações e eventos Obter apoio de todos os envolvidos no projeto</p>	<p>Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional</p>	<p>Prazo de 3 meses para início das ações</p>

	para pessoas de extrema pobreza -Acompanhamento psicológico		Obter mobilização social e participação da comunidade Obter recursos financeiros para financiamento do projeto		
Capacita saúde -Oferecer capacitações, formações, educação permanente para a equipe de saúde e os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com hipertensão e diabetes	-Implantação e manutenção da educação permanente -Realização de formações, rodas de conversa e espaços de escuta para os profissionais	-Ampliação do conhecimento dos profissionais sobre os cuidados com esse grupo de pacientes - Melhor gestão da clínica ampliada e do trabalho interdisciplinar	Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização Obter apoio de todos os envolvidos no projeto	Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional	2 meses para início das atividades
Reorganizar para cuidar -Melhorar a relação interprofissional dentro da equipe -Ampliar o acompanhamento e cuidado em relação aos pacientes do Hiperdia -Criar espaços de discussão de projeto terapêutico	-Fortalecimento da relação interprofissional e na corresponsabilização do cuidado dentro da equipe - Reuniões e momentos de discussão terapêutica semanais/quinzenais -Organização do fluxo de atendimento agendado - Estabelecimento de um protocolo de cuidado a ser seguido para pacientes do Hiperdia, com ênfase nos pacientes de risco - Organização do fluxo de consultas e visitas domiciliares a	-Obter melhor articulação e parceria da equipe na ESF -Reestruturação da assistência prestada nas consultas e visitas domiciliares aos pacientes do Hiperdia, com foco na prevenção de riscos e agravos e controle de seus índices pressóricos e glicêmicos -Realização de reuniões frequentes para discussão de projetos terapêuticos e para reorganizar a	Apresentar o projeto à equipe de saúde e à gestão municipal de saúde Definir local para realização Obter apoio de todos os envolvidos no projeto	Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde	2 meses para início das atividades

	esses pacientes.	prática de saúde e cuidado prestados.			
--	------------------	---------------------------------------	--	--	--

6.7 Gestão do plano

Quadro 7 - Gestão do plano operativo relacionado ao problema

Operação/Projetos	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Situação	Justificativa
Conhecer para cuidar Aumentar a informação, autonomia e participação dos pacientes quanto aos cuidados no tratamento e a conscientização dos riscos e agravos	-Obter mais acolhimento, participação e responsabilização dos pacientes quanto aos cuidados com sua saúde - Aumentar a informação dos pacientes quanto aos riscos e complicações de um tratamento inadequado	Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional	3 meses para início das atividades	Projeto a ser discutido com equipe e gestão	Necessária agenda compatível com diferentes atores, para definição do planejamento das ações
Viver com saúde - Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre boas práticas de saúde -Modificar estilo de vida através da alimentação saudável, acompanhamento psicológico e atividades físicas	-Engajamento dos pacientes nas atividades preventivas - Redução de obesidade e sobrepeso - Redução do sedentarismo entre pacientes com hipertensão e diabetes -Alcançar maior controle glicêmico e pressórico desses pacientes a médio prazo	Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional	Prazo de 3 meses para início das ações	Projeto a ser discutido com equipe e gestão	Necessária agenda compatível entre os diferentes atores para programação e planejamento de locais, financiamento e recursos
Capacita saúde -Oferecer capacitações, formações, educação	-Ampliação do conhecimento dos profissionais	Equipe de saúde Secretaria Municipal de	2 meses para início das	Projeto a ser discutido com equipe	Necessária agenda compatível entre

permanente para a equipe de saúde e os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com hipertensão e diabetes	sobre os cuidados com esse grupo de pacientes - Melhor gestão da clínica ampliada e do trabalho interdisciplinar	Saúde Profissionais do Centro de Atenção Multiprofissional	atividades	e gestão	os diferentes atores para programação e planejamento de locais, financiamento e recursos
Reorganizar para cuidar -Melhorar a relação interprofissional dentro da equipe -Ampliar o acompanhamento e cuidado em relação aos pacientes do Hiperdia -Criar espaços de discussão de projeto terapêutico	-Obter melhor articulação e parceria da equipe na ESF -Reestruturação da assistência prestada nas consultas e visitas domiciliares aos pacientes do Hiperdia, com foco na prevenção de riscos e agravos e controle de seus índices pressóricos e glicêmicos -Realização de reuniões frequentes para discussão de projetos terapêuticos e para reorganizar a prática de saúde e cuidado prestados	Equipe de saúde Secretaria Municipal de Saúde	2 meses para início das atividades	Projeto a ser discutido com equipe e gestão	Necessária agenda compatível com diferentes atores, para definição do planejamento das ações

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer a realidade de saúde da área de abrangência da ESF Urbano II, os principais problemas de saúde, dentre os quais, foi possível elencar o prioritário, o alto índice de pacientes do Hiperdia com hipertensão arterial sistêmica e diabetes não controlados, refletiu-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos pacientes sobre os cuidados preventivos e as complicações decorrentes da descompensação pressórica e glicêmica, assim como, otimizar o processo de cuidados em saúde pela equipe.

Foi possível perceber que atuar apenas com a terapêutica medicamentosa não é suficiente para manter boas condições de saúde e de qualidade de vida, o que requer que a equipe e a rede de saúde trabalhem na perspectiva da prevenção e atenção integral, com mudança de hábitos e estilo de vida para pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Para a equipe de saúde o projeto de intervenção permitirá melhor planejamento das ações e cuidados, o que acarretará numa melhora no processo de trabalho e na atenção oferecida a essa população.

Os recursos necessários para a execução do projeto são fatores organizacionais, cognitivos e financeiros. E o desafio para a implementação está na conscientização da população e no âmbito dos profissionais de saúde, está na incompatibilidade de agendas, necessidade de articulação das ações e na falta de motivação e responsabilização de alguns profissionais.

Superando-se os desafios, a implementação desse projeto de intervenção poderá impactar significativamente no processo de cuidados em saúde direcionados aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes dessa área de abrangência.

Por fim, com a proposta desse projeto de intervenção intenciona-se obter uma otimização do processo de cuidados relativos aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes, principalmente aqueles com níveis não controlados. Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito da hipertensão e do diabetes e da melhor maneira de promover o autocuidado, aumentar a adesão ao tratamento, às ações

preventivas e à mudança de estilo de vida, restabelecendo o controle glicêmico e pressórico, evitando complicações e agravos relacionados a essas comorbidades e melhorando a qualidade de vida desses pacientes da ESF Urbano II. Podendo assim, com resultados satisfatórios, estender sua aplicação a outras equipes e localidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [Clínica ampliada e compartilhada \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

BRITO, R. F. d. S. Projeto de Intervenção para melhoria do controle dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e controle de risco cardiovascular no Programa de Saúde da Família Ingá, Junqueiro – Alagoas. Disponível em: [RODRIGO-FLAVIO-SILVA-BRITO.pdf \(ufmg.br\)](#). Acesso em: 01 de março de 2022.

CARVALHO, M. V. d. et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2013, v. 100, n. 2 [Acessado 29 Julho 2021], pp. 164-174. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20130030>>. Epub 11 Mar 2013. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.5935/abc.20130030>.

GOMES, R. M. d. L. Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família/ Rosa Maria de Lima Gomes – Recife: **Ed. Universitária da UFPE**, 2015. 50p. Disponível: [4proc_trabalho_2016.pdf \(unarus.gov.br\)](#). Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/php?lang=&codmun=270400&search=%7Cjunqueiro> Acesso em 04 de julho de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <[IBGE | Cidades@ | Alagoas | Junqueiro | Panorama](#)>. Acesso em 04 de julho de 2021.

LOPES, M. D. S.; JUSTINO, D. C. P.; ANDRADE, F. B. DE. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS . **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 40-56, 16 jan. 2021. Acesso em 01 de março de 2022.

LOPES, M.S.V.; MACHADO M.F.A.S.; BARROSO, L.M.M.; MACÊDO, E.M.T.; COSTA, R.P.; FURTADO, L.C.S. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **RevRene**. 2013; 14(1):60-70.

MIRANZI, S. S. C.; et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2008, v. 17, n. 4 [Acessado 29 Julho 2021], pp. 672-679. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007>>. Epub 13 Jan 2009. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007>.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA. Por que pacientes hipertensos e diabéticos são considerados grupos de risco para o COVID-19?. Disponível em: Por que

pacientes hipertensos e diabéticos são considerados grupos de risco para o COVID-19? – BVS Atenção Primária em Saúde. Acesso em: 26 de julho de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNQUEIRO, 2021. Disponível em: <A Cidade - Prefeitura Municipal de Junqueiro> Acesso em 04 de julho de 2021.

PORTAL UNA SUS, 2019. Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. Disponível em: [Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros - Notícia - UNA-SUS \(unasus.gov.br\)](#). Acesso em 26 de julho de 2021.

SANTOS, A. L et al. Microvascular complications in type 2 diabetes and associated factors: a telephone survey of self-reported morbidity. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 3 [Acessado 29 Julho 2021] , pp. 761-770. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12182014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12182014>.

SANTOS, J.C.; MOREIRA T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm** 2012; 46(5):1125-1132. Acesso em 29 de julho de 2021.