

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

Nívea Paula Gusmão da Silva

FORTALECIMENTO DO GRUPO HIPERDIA: Unidade de Estratégia em Saúde da
Família Frei Damião

Maceió

2021

NÍVEA PAULA GUSMÃO DA SILVA

**FORTALECIMENTO DO GRUPO HIPERDIA: Unidade de Estratégia em Saúde da
Família Frei Damião**

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: Profa. Dra. Ana Carolina Santana Vieira.

Maceió

2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

S586f Silva, Nívea Paula Gusmão da.

Fortalecimento do grupo hiperdia: Unidade de Estratégia em Saúde da Família Frei
Damião / Nívea Paula Gusmão da Silva. – 2021.

31 f. : il.

Orientadora: Ana Carolina Santana Vieira.

Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade
Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 28-31

1. Hipertensão arterial sistêmica. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Hiperdia. 4. Diabetes
mellitus. 5. Unidade Básica de Saúde Frei Damião. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde e força de vontade para superar as dificuldades, energia e benefícios para concluir todo esse trabalho.

À minha família que me apoiou e ajudou durante todo o curso, em especial minha mãe Lenilda Gusmão da Silva e irmãs Nadjane Gusmão e Nadja Gusmão, *in memoriam* de Pedro Inácio da Silva (pai), que foram suportes importantes em minha caminhada.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração por ter me dado a chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Por esse motivo foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo este, denominado Hiperdia. A Estratégia Saúde da Família se constitui na estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar o programa na atenção básica. O plano de intervenção tem como objetivo fortalecer as ações do grupo HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Frei Damião. Trata-se de um projeto de intervenção, realizado por meio de uma revisão bibliográfica, utilizando artigos científicos na língua portuguesa, contemplando os anos de 2007 a 2020, encontrada em diversas bases de dados, tendo como produto final, a proposta do plano de intervenção, Fortalecimento do grupo Hiperdia: Unidade de Estratégia em Saúde da Família Frei Damião. É de fundamental importância o desenvolvimento de ações preventivas para diminuição ou controle da hipertensão e do diabetes tendo o profissional de enfermagem uma função primordial na efetividade de ações uma vez que possui maior contato com os usuários.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial Sistêmica, Hiperdia.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus represent one of the main risk factors for cardiovascular diseases. For this reason, a Plan for the Reorganization of Attention to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus was created, this being called Hiperdia. The Family Health Strategy is the strategy prioritized by the Ministry of Health to organize the program in primary care. The intervention plan aims to strengthen the actions of the HIPERDIA group of the Family Health Unit Frei Damião. It is an intervention project, carried out through a bibliographic review, using scientific articles in the Portuguese language, covering the years 2007 to 2020, found in several databases, with the proposal of the intervention plan as the final product. , Strengthening of the Hiperdia group: Family Health Strategy Unit Frei Damião. It is of fundamental importance to develop preventive actions to reduce or control hypertension and diabetes, with the nursing professional having a primary role in the effectiveness of actions since they have greater contact with users.

Keywords: Diabetes Mellitus, Systemic arterial hypertension, Hyperdia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS_ - Atenção Básica à Saúde

APS_ - Atenção Primária à Saúde

DM_ - *Diabetes mellitus*

DCs_ - Doenças Crônicas

ESF_ - Estratégia Saúde da Família

HAS_ - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE_ - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS_ - Ministério da Saúde

PSF_ - Programa Saúde da Família

SUS_ - Sistema Único de Saúde

UBS_ - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Aspectos gerais do município.....	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade.....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Frei Damião.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família 045 da Unidade Básica de Saúde Frei Damião.....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 045.....	14
1.7 O dia a dia da equipe 045.....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado.....	23
6.2 Explicação do problema	24
6.3 Seleção dos nós críticos.....	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão.....	24
7 ORÇAMENTO	25
8 CRONOGRAMA	26
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Segundo Siqueira et al., (2017) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo e em muito dos casos ocorrem de forma prematura, durante a idade mais produtiva do indivíduo, tendo como um dos principais motivos as Doenças Cardiovasculares - DCs.

Oliveira et al., (2020) reforçam que são as maiores causadoras de morte no mundo, além de comprometer aspectos econômicos, sociais e qualidade de vida. Os autores apresentam as principais causas das DCs à luz do estudo Global Burden of Disease - GBD, as quais são: cardiopatia reumática, doença isquêmica do coração - DIC, doença cerebrovascular, cardiopatia hipertensiva, cardiomiopatia, miocardite, fibrilação e *flutter* atrial, aneurisma aórtico, doença vascular periférica e endocardite. Ainda de acordo com os autores, as DCs foram a principal causa de morte no Brasil entre 1990 e 2017 tendo a DIC como causa número um.

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo este, denominado Hiperdia (BRASIL, 2013).

A importância da HA e do DM como problemas globais de saúde pública é hoje bem reconhecida internacionalmente. São doenças crônicas, pois se caracterizam por ser de longa duração e incuráveis. Apesar de consideradas doenças de baixa gravidade caracterizam-se por sua cronicidade. No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando das medidas preventivas e de promoção de saúde (PEREIRA et al., 2008; CARVALHO; LEOPOLDINO; SILVA. CUNHA, 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença clínica decorrente de multifatores que tem como característica a elevação dos níveis de pressão arterial. O Diabetes Mellitus é uma síndrome metabólica que é caracterizada pela produção, secreção ou utilização deficiente de insulina por hiperglicemia crônica (CENATTI et al., 2013; MELO; CAMPOS, 2014).

O estudo realizado, em 2006, pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico

(VIGITEL), baseado em amostras probabilísticas da população adulta, estimou-se haver no Brasil 6.317.621 de casos diagnosticados de DM e um total de 25.690.145 de casos diagnosticados de HAS (Schmidt et al., 2006). Já o mesmo estudo realizado em 2008 estimou cerca de 7.800.000 de adultos com DM e 33.000.000 com HAS, diagnosticados (BRASIL, 2008).

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica têm aspectos semelhantes e as complicações mais frequentes tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, amputações de membros inferiores e cegueira; além de acarretarem dor, ansiedade, menor qualidade de vida e menor expectativa de vida dos doentes, aos familiares e aos amigos (LIMA et.al., 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui na estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo por objetivo promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família. Melhorando, assim, a qualidade de vida dos brasileiros e incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade), mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários, sendo o Hiperdia ferramenta importante para a estratégia (BRASIL, 2013).

Este estudo possui relevância social significativa, pois se refere a uma ação relacionada a duas doenças que acometem diversas pessoas em diversas faixas etárias e que se prevenidas e tratadas precocemente, pode haver redução do sofrimento crônico e morte prematura, proporcionando melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Esta pesquisa irá contribuir perante a sociedade, pois nela serão traçadas medidas para que os profissionais possam adotá-las e assim consigam ampliar a cobertura e controle do grupo de usuários com hipertensão e diabetes nas Unidades de Saúde da Família.

1.1 Aspectos gerais do município

Maceió é uma cidade com 1.018.948 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2019), localizada na região nordeste e capital do Estado de Alagoas. Segundo o Plano Municipal de Saúde-PMS (2017) integra junto a mais doze municípios a região metropolitana do Estado, sendo Maceió o mais populoso, apresentando 29,94 % da população alagoana com área territorial de 509,552 km/m².

Ainda segundo o Plano Municipal, possui 51 bairros e está subdividido em oito Distritos Sanitários (DS) de acordo com as diretrizes do Sistema único de Saúde-SUS com existência em 2017 de 36 Unidades de Estratégia de Saúde da Família, este ano de 2020 está acontecendo um remapeamento, uma vez que houve descredenciamento de algumas equipes, a maior dificuldade encontrada é a substituição dos médicos, pois estes se encontram em fase de aposentadoria e a gestão não apresenta interesse em renovar esse quadro, fazendo contratações temporárias, dificultando o andamento e seguimento das diretrizes da ESF (MACEIÓ, 2017).

Em relação a situação econômica da população, encontra-se uma grande parcela que sobrevive na linha da pobreza com renda mensal inferior a um salário mínimo. Quanto à educação a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD/IBGE) apresentou em 2015 uma taxa de 66 mil analfabetos na capital alagoana com faixa etária acima de 15 anos, houve redução significativa uma vez que em 2010 apresentava a taxa de 88 mil de acordo com dados do IBGE.

O cenário envolvido por grande taxa de pobreza, analfabetismo também está diretamente ligado à violência, que segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, (2016), em 2015 Alagoas estava entre os estados mais violentos do Brasil, mesmo com uma grande redução entre os anos de 2014 e 2015, o estado ainda apresenta a maior taxa de mortalidade juvenil por violência, uma realidade que não se difere de Maceió com altos registros de letalidade na faixa etária entre 12 e 29 anos.

O município apresenta apenas cerca de 41,1% de taxa de esgotamento sanitário adequado na área urbana em áreas de nível econômico mais elevado, nas periferias é corriqueiro a existência de esgotos sanitários e fossas sépticas. (IBGE 2010). De acordo com o PMS₁ (2017) as principais causas de adoecimento no município estão associadas às condições de saneamento básico e socioambientais que propiciam a proliferação de diversos agentes contra a saúde humana, estão entre eles o mosquito *Aedes aegypt* (transmissor da dengue) e animais peçonhentos.

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde de Maceió está estruturado em redes e subdividido em distritos sanitários, sendo oito no total, coordenados pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), a estrutura está pautada em diretrizes de Redes em Atenção à Saúde, embora ainda precise se fazer muito, pois algumas práticas ainda acontecem de acordo com os modelos tradicionais e de maneira fragmentada, com cobertura de atenção primária de apenas 45,21% segundo o PMS (2017).

Ainda segundo o Plano Municipal, a APS conta com cinco gerências para desenvolvimento das ações e serviços os quais “são: Distritos Sanitários, Gerência de Unidade de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Gerência de Programas Estratégicos” (MACEIÓ, p.68, 2017). Cada unidade de gerência tem ações voltadas a públicos específicos, o sistema de saúde conta também com Equipes de Consultório na Rua (ECR) e equipes do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF).

Oliveira et al., (2015) afirmam à luz das portarias nº 2.488 e 4279/2010, que se faz necessário formar relações horizontais entre diferentes pontos da atenção (espaços que ofertam serviços de saúde) sendo considerados todos com grau de importância igual e com o compromisso de melhoria da saúde da população, algo que está ainda engessado dentro do sistema da capital, uma vez que não há comunicação entre os pontos da rede dificultando a referência e contrarreferência.

Ainda de acordo com os autores, a Atenção Primária a Saúde, embora o Ministério da Saúde ainda utilize o termo Atenção Básica a Saúde, abrange ações que atuam na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde como preconiza o SUS, e a ESF está situada neste modelo de atenção, onde a unidade é a principal porta de entrada ao sistema.

De acordo com a portaria 4.279/2010 não existe um modelo único para a RAS, mas alguns pontos são essenciais e devem ser considerados, aos quais são:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
14. Gestão baseada em resultado (BRASIL,2010,p.7).

Segundo o Plano Municipal de Saúde, Maceió contava em 2016 com uma cobertura na Atenção Básica de apenas 45,21%, com poucos estabelecimentos prestadores de saúde pela prefeitura, os serviços especializados são a maior queixa da população, uma vez que o sistema de marcação não tem sua eficácia comprovada, criando enormes filas e dificultando os diagnósticos, bem como tratamento e reabilitação dos pacientes para a manutenção da saúde da população como preconiza o SUS (MACEIÓ, 2017).

1.3 Aspectos da comunidade Frei Damião

A Unidade Básica de Saúde Frei Damião está passando por um processo de remapeamento com ampliação de abrangência, a equipe 045 abrange o total de 2.776 usuários, todos residentes ao lado direito da Avenida Mundaú no Conj. Frei Damião. Esta área possui 3 grotas, algumas com área verde.

O conjunto Frei Damião é uma comunidade com cerca de 7 mil habitantes, localizado na periferia de Maceió no bairro do Benedito Bentes II, o mais populoso da cidade. A maioria da população sobrevive de rendas oriundas de aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada e Bolsa Família. O conjunto apresenta algumas ruas pavimentadas e uma grande extensão de grotas, cujo abastecimento de água se dá através de “doação” de um poço particular e nenhum tipo de esgotamento sanitário, onde o esgoto junta nos corredores das grotas formando grandes poças de lama com mal cheiro e presença de mosquitos e animais peçonhentos.

Segundo registros dos Agentes Comunitários de Saúde - ACSs, há um alto índice de desempregados, principalmente após o surgimento do novo corona vírus e a necessidade do distanciamento social. A comunidade possui uma escola municipal e quatro escolas infantis privadas. Não existe liderança comunitária ativa, apenas pequenas ONGs criadas por políticos em busca de votos com prestação de serviços pontuais e assistencialistas. Nesta Comunidade atuam duas equipes de Saúde da Família- Equipe 027 e Equipe 045, essa com uma equipe de Saúde Bucal.

Por se tratar de um recadastramento, há dificuldade em consolidar os dados, porém existe uma média de 1.280 homens e 1.496 mulheres na área de abrangência da equipe 045, sendo 360 hipertensos e 150 diabéticos. Além disso, por se tratar de uma área de risco com rota de tráfico e muita violência, assuntos como dependência química são evitados, o que dificulta ainda mais notificar casos de álcool e outras drogas (e-SUS, 2020).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Frei Damião

A Unidade de Estratégia Saúde da Família que abriga a equipe 045, foi inaugurada há cerca de 21 anos e está situada no Bairro do Benedito Bentes II, exatamente no Conjunto Frei Damião, situado entre os conjuntos Bela Vista e Carminha. Inicialmente o espaço era uma casa própria que foi adaptada para prestar os serviços de saúde e hoje pertence a prefeitura Municipal de Maceió após reformas com incentivo e vinculação da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, para receber graduandos da área da saúde.

Acolhe 5.391 usuários. Apresenta uma estrutura física com 12 salas, 04 banheiros, 01 sala de espera, 01 auditório e 01 copa. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento, geralmente pela manhã, gera aglomerações e tumultos na Unidade dificultando em um atendimento adequado e humanizado, o que gera uma grande insatisfação por parte dos usuários.

Dispõe de grande quantidade de cadeiras de plástico e bancos de cimento, porém não há cadeiras de rodas para uma melhor oferta a acessibilidade ou possível necessidade. Há um bom vínculo entre equipe e comunidade, existem alguns desconfortos que são relacionados a dificuldades na prestação de alguns serviços, mas nada extraordinário.

A unidade passou muitos anos sem o funcionamento da sala de vacinas, devido a um grande problema existente na rede de energia que impossibilitava a temperatura ideal para a manutenção dos insumos, mas há alguns anos estratégias

vêm sendo tomadas para a prestação desse serviço, como a utilização da geladeira de uma outra unidade, onde se faz a busca e devolução diariamente por parte da gestão da unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 045 da Unidade Básica de Saúde Frei Damião

A equipe conta com 06 agentes Comunitários de Saúde, 01 Enfermeira, 01 médica, 02 Técnicas de enfermagem, 01 Odontóloga, 01 Aux. De Saúde Bucal e 01 Téc. de Saúde Bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 045

A unidade de Estratégia Saúde da Família funciona das 7:00h às 12:00h e de 13:00h às 17:00h de segunda a sexta com carga horária de 40h semanais. Disponibiliza atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, além da assistência do NASF. É composta por duas equipes de ESF: 027 e 045.

A organização da unidade funciona com agendamento de consultas com entregas de fichas para consultas médicas e odontológicas. Além das consultas médicas, há o acompanhamento das gestantes do pré-natal, puérperas e recém-nascidos, hiperdia e prevenção ao câncer de colo de útero através das citologias e grupo de mulheres.

O acolhimento é feito pelos profissionais do Administrativo, onde os pacientes são direcionados para os demais serviços e profissionais específicos.

1.7 O dia a dia da equipe 045

O tempo da Equipe 045 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento programado como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos.

Os processos de trabalho são executados de acordo com os protocolos de saúde, onde as equipes de saúde da família têm como propósito primordial a prestação de assistência integral ao cidadão, de forma contínua e com qualidade, para tentar suprir as necessidades de saúde da população da área de abrangência.

Há o acompanhamento dos grupos de Hipertensos e diabéticos, crianças, idosos, gestantes e adolescentes, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a unidade presta assistência à população de demanda espontânea através de vacinas, curativos, controle de sinais vitais, testes rápidos e atendimento odontológico.

São realizadas palestras e atividades educativas diariamente, divididas por grupos que se revezam durante a semana apresentando diversas temáticas em saúde. As visitas multiprofissionais são realizadas uma vez na semana, especificamente às quintas.

Devido ao cenário de pandemia, as atividades educativas diárias foram suspensas, contudo, ocorreu o compartilhamento de informações acerca dos protocolos, formas de prevenção do novo corona vírus e redução do número de visitas domiciliares.

A equipe se organiza mensalmente para planejamento de ações na reunião de equipe, onde é visto as prioridades de acordo com o cronograma da Gerência, bem como agendamento de visitas domiciliares, temas de palestras educativas e profissionais responsáveis e peso na área, porém não se pratica o processo de avaliação.

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

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência são as péssimas condições socioambientais e extrema pobreza com escassez de uma alimentação rica em nutrição, muitas vezes sendo substituída por alimentos ricos em sódio, como embutidos.

As principais causas de óbitos são: Violência, Acidentes Cardiovasculares-AVC. As principais causas de internação e doenças notificadas são: Acidentes

Cardiovasculares-AVC, Hanseníase, tuberculose e dengue. Já os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência são as péssimas condições socioambientais e extrema pobreza, bem como a escassez ou péssimas condições alimentares (e-SUS, outubro, 2020).

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 045, Unidade Básica de Saúde Frei Damião, município de Maceió, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Risco cardiovascular da população aumentado.	ALTA	8	Parcial	1
Valorização e pertencimento profissional para a aposentadoria.	ALTA	7	Parcial	2
Falta de Saneamento Básico	ALTA	5	Parcial	3
Falta de equipe de Saúde Bucal na equipe 027	ALTA	5	Fora	4
Violência	ALTA	5	Fora	5

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O tema deste trabalho foi identificado através de um diagnóstico situacional, onde nota-se um elevado número de pacientes com hipertensão, portanto escolhido como ação de projeto de intervenção na unidade de saúde da Família Frei Damião.

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são incuráveis, de origem não contagiosa e que levam a algum tipo de incapacitação, sendo que seus fatores de risco, pelo menos os principais, são amplamente conhecidos. As mesmas estão, quase sempre, associadas à ação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais. Mesmo não sendo doenças que apresentam imediato risco à vida dos portadores, elas são responsáveis pela deterioração da sua qualidade de vida (MOURA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Fortalecer as ações do grupo HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Frei Damião.

3.2 Objetivos específicos

- Conscientizar os pacientes sobre a importância da mudança de hábitos alimentares e prática de atividades físicas;
- Estimular ações que promovam qualidade de vida nos pacientes do HIPERDIA;
- Aumentar o nível de informação dos pacientes acerca da hipertensão e diabetes

4 METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão literária, utilizando artigos científicos de revistas indexadas relacionadas ao tema proposto na língua portuguesa publicada entre os anos de 2007 a 2020, o período da coleta de dados se deu de janeiro a agosto de 2017, encontrados nos bancos de dados: *Scientific Eletronic Library Online* – SciELO e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde - Lilacs. Os

descritores estabelecidos foram: HIPERDIA, enfermagem e estratégia de saúde da família. Esta revisão será relacionada a ação profissional através do projeto de intervenção que consistirá nas seguintes ações:

- Apresentação do projeto à equipe da Unidade de Saúde Frei Damião.
- Busca ativa dos usuários diagnosticados com diabetes e Hipertensão para retorno das atividades.
- Roda de conversa intitulada “**Saber para viver**”, cujo objetivo é aumentar o nível de informação dos pacientes acerca dos riscos cardiovasculares da hipertensão. A ação terá como início uma dinâmica para quebrar o gelo e deixar os participantes mais envolvidos durante o processo, posteriormente serão apresentados os conceitos e tipologia da hipertensão arterial e finalizada com a abertura para o diálogo e análise da atividade.
- Roda de conversa intitulada “**Qualidade de vida**”, cujo objetivo é conscientizar os participantes sobre mudanças de hábitos, em busca de uma vida com qualidade mesmo com a presença de comorbidades. A ação terá como início uma dinâmica para quebrar o gelo e deixar os participantes mais envolvidos durante o processo, posteriormente serão apresentados dicas e formas simples de melhoria em hábitos alimentares com custo baixo e atividades físicas. Será finalizada com abertura para diálogo, análise da atividade e sugestões para próximas temáticas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma DCNT ainda é bastante elevado, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Segundo Siqueira et al., (2020) impacta diretamente nos aspectos socioeconômicos, sendo considerado um problema de saúde pública mundial. De acordo com os autores:

O gasto atual com saúde no Brasil é de aproximadamente 9,5% do PIB per capita. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam gastos da saúde de 1078 dólares per capita no ano de 2012 no Brasil. Destes, 47,5% são financiados pelo governo, o

que corresponde a 7,9% do gasto total do governo brasileiro (SIQUEIRA et al., 2020, p.40).

Os autores afirmam ainda que as DCNT causam incapacidades laborais que impacta diretamente na renda familiar e conseqüentemente do país.

O Ministério da Saúde afirma que as DCNT foram responsáveis por dois terços das mortes ocorridas no ano de 2008 em todo o mundo. De um total de 57 milhões de mortes, 36 milhões, ou 63%, são atribuídas às DCNT. Dentre essas, a prevalência foi para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica, mais popularmente chamada de pressão alta, está relacionada com a força que o coração faz para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto, para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, 120x80 mmHg, ela também permaneça elevada durante um período prolongado de tempo independente da hora, dia ou tipo de atividade desenvolvida. Assim, é necessário fazer um controle maior, medindo frequentemente os níveis da pressão arterial (MARTINEZ, 2015)

Os profissionais da atenção básica, especialmente os que atuam na Estratégia Saúde da Família, têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus (DM) vem se apresentando como uma das principais ameaças à saúde humana no século XXI, sendo uma doença crônica que vem apresentando grandes impactos na saúde da população devido ao aumento de sua incidência (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association - ADA) propõem a classificação em classes clínicas: Tipo 1, Tipo 2, gestacional e Outros Tipos Específicos. Existe ainda outra condição clínica chamada pré-diabetes ou, modernamente, sob o título de categoria de risco aumentado de DM, que engloba as condições anteriormente denominadas

glicemias de jejum alterada e tolerância diminuída à glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Essa problemática é acolhida pela atenção primária, pois é trabalhada a prevenção e promoção de saúde, evitando diversos agravos, como o óbito. A assistência da equipe de saúde da família para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2013).

As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

Na conceituação do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família constituía uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios e doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde são objetivos específicos da ESF:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, p.10).

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, cada Equipe de Saúde da Família deve contar, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, considerando a proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas. Podendo ser acrescida de mais profissionais de acordo com as necessidades e condições dos municípios (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e posteriormente o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) na atenção primária, aprovado pela Portaria /GM nº 16, de 03/01/2002 (BRASIL, 2013).

O HIPERDIA é um sistema de informação em saúde que tem como principais objetivos gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos aos pacientes cadastrados e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos, constituindo importante ferramenta em ações de saúde pública. Consiste também em uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam a compreensão da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas, e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças (FILHA et al., 2011).

As equipes de saúde da família teoricamente possuem melhores requisitos para promoção a adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes. Por estimular o bom relacionamento usuário/profissional e favorecer a corresponsabilização do tratamento, através da forma como foi construída a ESF visando essa maior interação com os usuários (BRASIL, 2011).

As ações em educação em saúde são fundamentais para a condução de programas com bom retorno, uma vez que, na visão da população sobre a assistência e serviços de saúde, ainda prevalece a cura da doença e medicalização para se obter qualidade de vida. Essa é uma dificuldade evidenciada na maioria das comunidades onde as equipes da Estratégia Saúde da Família atuam.

Portanto, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e

apostem nessas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população. Vale ressaltar que a mudança para uma visão e concepção voltadas à promoção e prevenção em saúde é um processo longo de ações que precisam ser planejadas e avaliadas constantemente (ROECKER; BUDO; MARCON, 2012).

O tratamento do DM e da HAS incluem orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (BRASIL, 2013a).

Trabalhar a mudança de estilo de vida das pessoas com essas doenças crônicas enfatizando alimentação saudável, a prática da atividade física, controle do álcool e do tabaco, deverão ser estratégias prioritárias da ESF, para evitar as complicações da hipertensão e diabetes (BULBACH, 2009).

Através dos grupos o homem estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilha objetivo e ações, na busca de entendimento, apoio e suporte no enfrentamento do novo, que, neste caso, é a descoberta e a convivência com o DM e a HAS ou ambos. Através da conscientização, favorecida pelo trabalho de educação em saúde desenvolvida por profissionais envolvidos na promoção e manutenção do cuidado e do autocuidado, o paciente poderá obter uma melhora na sua qualidade de vida (FRANCIONI; SILVA, 2007).

No Brasil, estudos recentes demonstraram que as intervenções educativas e as orientações farmacêuticas, dentro da Estratégia Saúde da Família, contribuem para melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos (LIMA et al., 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “**Risco cardiovascular da população aumentado**”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado através de diagnóstico situacional e definido pela equipe 045.

Foi possível detectar 360 pacientes da equipe 045 com hipertensão arterial e 230 pacientes com Diabetes, levando em consideração que a unidade de saúde Frei Damião está em processo de recadastramento, este número é preocupante.

Após apresentação desta lista à equipe, foi decidido que deve ser trabalhado o risco cardiovascular da população, visto que o número de hipertensos cresce cada dia mais.

Os usuários acompanhados pela equipe 045 da UBS-Frei Damião está vivendo um alto número de casos de hipertensão na equipe, a causa deve-se a má alimentação, hábitos sedentários, tabagismo e alcoolismo, que por sua vez é causado pela pobreza que é muito presente na área de abrangência, devido à falta de educação mais precisa em saúde que por sua vez é oriunda do desemprego, subempregos e baixos salários.

6.1 Descrição do problema selecionado

Menezes e Morais (2020) afirmam que as Doenças Crônicas não Transmissíveis são um problema de saúde global, responsável por 72% das causas de morte no Brasil em 2007, tendo como principais fatores a Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial sistêmica. No que tange a DM, os autores afirmam que é uma doença que pode lesar vários órgãos como rins e principalmente os olhos com grandes chances de causar cegueira. Já a HAS é definida como a elevação da pressão arterial sanguínea e pode levar a sérios problemas cardiovasculares e oculares.

6.2 Explicação do problema selecionado

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica têm aspectos semelhantes e as complicações mais frequentes tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, amputações de membros inferiores e cegueira; além de acarretarem dor, ansiedade, menor qualidade de vida e menor expectativa de vida dos doentes, aos familiares e aos amigos (LIMA et.al., 2012)-

6.3 Seleção dos nós críticos

- Hábitos e estilos de vida da população inadequados;
- Nível de informação da comunidade insuficientes (educação para a saúde);

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Risco cardiovascular da população aumentado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 045, do município Maceió, estado de Alagoas.	
Nó crítico 1	HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO INADEQUADOS
Operação	Modificar hábitos e estilo de vida
Projeto	QUALIDADE DE VIDA
Resultados esperados	Conscientizar ao menos 70% dos pacientes com hipertensão e diabetes sobre a importância de mudanças de hábitos alimentares e prática de atividades físicas.
Produtos esperados	Roda de conversa no grupo de HIPERDIA

Recursos necessários	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação</p> <p>Financeiro: Para aquisição de folhetos informativos, materiais de papelaria e lanche para as atividades</p> <p>Político: mobilização social</p>
Viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Financeiro: Para aquisição de folhetos informativos, materiais de papelaria e lanche para as atividades</p>
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Busca ativa dos usuários (motivação favorável). Agentes comunitários de saúde (motivação favorável)_ Reuniões de equipe.</p>
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Enfermeira da equipe-Três meses para o início das atividades</p>
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Roda de conversa no HIPERDIA: Aos três meses: programa implantado.</p>

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Risco cardiovascular da população aumentados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 045, do município Maceió, estado de Alagoas

Nó crítico 2	NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA COMUNIDADE INSUFICIENTE
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares e cuidados.
Projeto	Saber para viver
Resultados esperados	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.
Produtos esperados	Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas
Passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação</p> <p>Político: mobilização social</p> <p>Financeiro: Para aquisição de folhetos informativos, materiais de papelaria e lanche para as atividades.</p>

Viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de folhetos informativos, materiais de papelaria e lanche para as atividades.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Busca ativa dos usuários (motivação favorável). Agentes comunitários de saúde (motivação favorável) - Reuniões de equipe
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira da equipe-Três meses para o início das atividades
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível de informação da população sobre risco avaliado cardiovascular: pacientes do HIPERDIA.

7 ORÇAMENTO

ITENS	VALOR
1 RESMA DE PAPEL A4	20,00
1 Tonner para Impressora	100,00
1 cx de caneta bic	20,00
4 Bolos, 4pct de café, 1pct de açúcar	65,00

Total: R\$ 205,00

8 CRONOGRAMA

AÇÕES	NOV.2020	DEZ.2020	JAN.2021	FEV.2021	MAR.2021
Planejamento	x	x			
Apresentação do projeto para a equipe.			-		

Roda de Conversa: Qualidade de Vida				-	
Roda de Conversa: Saber para Viver					-
Avaliação das ações					-

Legenda: x/para Ações executadas

-/para Ações que serão executadas

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da grande magnitude das doenças crônicas constatada durante todo o estudo é de fundamental importância o desenvolvimento de ações em nível de prevenção, para diminuir os índices de morbimortalidades causadas pela hipertensão e diabetes, necessitando de constante aperfeiçoamento e avaliação para medir os impactos gerados na população. Essas patologias por serem, na maior parte do seu curso, assintomáticas, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciadas, somando-se a isso a baixa adesão, por parte dos pacientes, às orientações e aos tratamentos prescritos.

A educação em saúde é a melhor maneira de se realizar a prevenção primária, cujas ações são direcionadas para a divulgação de forma precisa os principais fatores de risco para a hipertensão e diabetes. Desta forma se faz totalmente necessária a implementação do projeto de fortalecimento do grupo HIPERDIA acima proposto.

O entendimento da intervenção para a prevenção de DM e HA é essencial para os profissionais, sobretudo aqueles que atuam no espaço da ESF, cujo modelo assistencial pauta-se na integralidade do cuidado, a partir da promoção à saúde, sendo fundamental uma maior compreensão acerca dos fenômenos sociais e de saúde que comprometem o bem-estar individual, familiar e coletivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Panorama Cidades 2010**. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>>. Acesso em: Jun.2020.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência 2016**. Disponível em:<<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/5531-8031-160322nt17atlasdaviolencia2016finalizado.pdf>>. Acesso em:Jun.2020.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio (PNAD)**, 2015. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em:Jul. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SISHIPERDIA** – Sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Departamento de informática do SUS - Brasília 2008. Disponível em:< <http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: Jul.2020.

BRASIL. Elsa Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>>. Acesso em: Dez.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.

BRASIL. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. n. 36, série A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica. n. 37, série A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Portaria nº4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Disponível em:< [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20(1).pdf)>. Acesso em: Jan.2020.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: Jan.2020.

BULBACH, S. Autopercepção do Estilo de Vida em Indivíduos com Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2009. v. 11. Disponível em:< <file:///C:/Users/sms/Downloads/372-Texto%20do%20artigo-301-1-10-20100906.pdf>>. Acesso em: Dez.2020.

CENATTI, J.L; LENTSCK, M.H; PREZOTTO, K.H; PILGER, C. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **REAS**; Paraná, p.21-31, 2013. Disponível em:<

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/346>>. Acesso em: Jan.2021.

FILHA, F.S.S.C. NOGUEIRA, L.T. VIANA, L.M.M. **HIPERDIA**: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):930-6.Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4380/3348>>. Acesso em: Jan.2021.

FRANCIONI, F.F.; Silva, D.G.V. O Processo de Viver Saudável de Pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.1, p.105-11, 2007.Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a13v16n1.pdf>>. Acesso em: Jan.2021.

LIMA, A.S.; GAIA, E.S.M.; FERREIRA, M.A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Serra Talhada – PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em debate**. Serra Talhada – PE. P.30-29, 2012.Disponível em:<<https://livrozilla.com/doc/1219383/a-import%C3%A2ncia-do-programa-hiperdia-em-uma-unidade-de>>. Acesso em: Jan.2021.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Plano Municipal de Saúde (PMS)2018-2021**. Maceió: SMS/DGPS/CGP, 2013. Disponível em:<<http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/pdf/2018/10/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>>. Acesso em: 10 de Jun.2020.

MARTINEZ, D.M.M. **Proposta e plano de ação para controle e prevenção de hipertensão arterial sistêmica na UBS Santo Antônio no município de Passos-MG**. Monografia para especialização em Estratégia Saúde na Família da Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

MELO, L.P.; CAMPOS, E.A. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 22. N.6, dez. 2014.Disponível:<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf>. Acesso em: Out.2020.

MENEZES, Larissa de Moraes.; MORAIS, Nilson Neto de Araújo. Achados de fundoscopia de pacientes diabéticos e/ou hipertensos. **Rev. Bras. Oftalmol.** Vol.79 no.1 Rio de Janeiro. Jan./Feb. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbof/v79n1/0034-7280-rbof-79-01-0028.pdf>>. Acesso em: 5 de Jan. 2021.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho et al (Org). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em rede**. Universidade Federal Do Maranhão. UNASUS/UFMA - São Luis, 2015. Disponível em:<http://ava.ead.ufal.br/pluginfile.php/427813/mod_resource/content/1/Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em 10 de Jun.2020.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.115 no.3 São Paulo. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abc/v115n3/0066-782X-abc-115-03-308.pdf>>. Acesso em: 6 de JAN.2021.

ROECKE, S. BUDO, M.L.D. MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enfermagem USP.** 2012; 46 (3): 641-9. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: Jan.2021.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp et al. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq Bras Cardiol.** 2017; 109 (1): 39-46. Disponível em :< https://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1/pt_0066-782X-abc-20170068.pdf>. Acesso em: Jan.2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Fórum Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil.** 2015. Disponível em:<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/002-Diretrizes-SBD-Classificacao-pg5.pdf>>. Acesso em:Jan.2021.