

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

**Mayara Laís de Oliveira Bomfim**

**CRIAÇÃO DO GRUPO EDUCATIVO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOSEFA MARIA LIMA – ESF 2, NO MUNICÍPIO DE JACUÍPE,  
ALAGOAS.**

**Maceió**

**2024**

**Mayara Laís de Oliveira Bomfim**

**CRIAÇÃO DO GRUPO EDUCATIVO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE SAÚDE DA  
FAMÍLIA JOSEFA MARIA LIMA – ESF 2, NO MUNICÍPIO DE JACUÍPE,  
ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Gestão do Cuidado em Saúde da  
Família, da Universidade Federal de  
Alagoas, como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Sabrina Joany  
Felizardo Neves

**Maceió**

**2024**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

- B695c Bomfim, Mayara Laís de Oliveira.  
Criação do grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Saúde da Família Josefa Maria Lima – ESF 2, no município de Jacuípe, Alagoas / Mayara Laís de Oliveira Bomfim. – 2024.  
37 f. : il.
- Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.
- Bibliografia: f. 36-37.
1. Unidade Básica de Saúde. 2. Hipertensão arterial. 3. *Diabetes mellitus*.  
4. Educação em saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 614

## Folha de Aprovação

AUTOR: Mayara Laís de Oliveira Bomfim

### **CRIAÇÃO DO GRUPO EDUCATIVO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSEFA MARIA LIMA – ESF 2, NO MUNICÍPIO DE JACUÍPE, ALAGOAS.**

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente 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 26 de Março de 2024.

Profa. Dra Professora Sabrina J. F. Neves. UFAL, ICF (Orientadora)

#### **Examinador**

Documento assinado digitalmente  
 EDNALDO ALMEIDA GOMES  
Data: 04/04/2024 22:25:24-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Professor (a). Dr. Ednaldo Almeida Gomes, UFAL (Examinador)

Aprovado em Maceió, em 26 de março de 2024.

Dedico esse projeto de intervenção com muito amor e carinho a minha família, Maria Liz Bomfim Mendonça e Rodolfo Rodrigo Silva de Mendonça, filha e marido respectivamente, que me apoiaram incondicionalmente nesta trajetória de aprendizagem.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado saúde para enfrentar os desafios diários, por estar sempre ao meu lado dando forças e coragem para alcançar meus objetivos e permitiu que este momento fosse vivenciado, trazendo alegrias aos meus familiares e amigos que contribuíram para a realização deste projeto de intervenção.

À Universidade Federal de Alagoas – UFAL, por ter dado a oportunidade de realizar este “Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família” e todo seu corpo docente, além da direção e a administração, que realizam seu trabalho com tanto amor e dedicação, trabalhando para que nós, docentes, possamos contar com um ensino de qualidade.

A minha orientadora Sabrina Joany Felizardo Neves, por toda orientação, ajuda, paciência, dedicação e ensinamentos que possibilitaram a realização deste estudo.

Aos meus familiares e amigos, por todo amor e carinho, de forma especial a minha filha Maria Liz Bomfim Mendonça, ao meu esposo Rodolfo Rodrigo Silva de Mendonça, meu pai Lielson Elias Bomfim e à minha mãe Mauricea Ferreira de Oliveira Bomfim, por não medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante e concluir com êxito o curso. (Mayara L. O. B.)

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus compõem os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na comunidade, representando agravos de saúde pública, que estão inteiramente relacionados aos hábitos inadequados de vida diária e alimentares, consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade e também hereditariedade. Ambas as condições têm um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, exigindo um gerenciamento contínuo e cuidados de saúde preventivos. Objetivo deste estudo foi apresentar um projeto de intervenção para criação de um grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na comunidade atendida pela USF Josefa Maria Lima – ESF 2, no município de Jacuípe, Alagoas. Para elaboração deste Projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional e consultada a Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scientific Electronic Library Online - Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) além de dados registrados no PEC do acervo próprio da USF Josefa Maria Lima – ESF 2. Os grupos educacionais desempenham um papel vital, inovador e eficaz no apoio e na educação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, capacitando-os a adotar medidas proativas para melhorar o cuidado, saúde, bem-estar e qualidade de vida, promovendo uma abordagem mais holística e centrada na pessoa. Assim, espera-se contribuir na formulação de estratégias, com colaboração multidisciplinar, que melhorem a qualidade da assistência ofertada as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are the main risk factors for the development of cardiovascular diseases in the community, representing public health problems, which are entirely related to inadequate daily life and eating habits, consumption of alcoholic beverages, smoking, sedentary lifestyle, overweight and obesity and also heredity. Both conditions have a major impact on patients' quality of life, requiring ongoing management and preventative healthcare. The objective of this study was to present an intervention project to create an educational group for people with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, in the community served by USF Josefa Maria Lima – ESF 2, in the municipality of Jacuípe, Alagoas. To prepare this intervention project, Situational Strategic Planning was used and the Scientific Electronic Library Online (Scientific Electronic Library Online - Scielo) was consulted, Nescon's Virtual Health Library, documents from public bodies (ministries, secretariats, etc.) in addition to data registered in the PEC of USF Josefa Maria Lima's own collection – ESF 2. Educational groups play a vital, innovative and effective role in supporting and educating people with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, enabling them to adopt proactive measures to improve care, health, well-being and quality of life, promoting a more holistic and person-centered approach. Thus, it is expected to contribute to the formulation of strategies, with multidisciplinary collaboration, that improve the quality of care offered to people with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus.

**Keywords:** Arterial hypertension; Diabetes mellitus; Health education; Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Aspectos demográficos da população adstrita da USF Josefa Maria Lima – ESF 2 13
- Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da população adstrita da USF Josefa Maria Lima – ESF 2 13
- Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Saúde da Família Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas. 17
- Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas. 29
- Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas. 30
- Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas. 32
- Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas. 33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|      |   |
|------|---|
| ACS  | Agente comunitário de Saúde                     |
| APS  | Atenção Primária à Saúde                        |
| AVE  | Acidente Vascular Encefálico                    |
| DM   | Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )    |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica              |
| ESF  | Estratégia Saúde da Família                     |
| EPI  | Equipamento de Proteção Individual              |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS   | Ministério da Saúde                             |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família              |
| PEC  | Prontuário Eletrônico do Cidadão                |
| PSF  | Programa Saúde da Família                       |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                         |
| HAS  | Hipertensão Arterial Sistêmica                  |
| HU   | Hospital Universitário                          |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                          |
| SMS  | Secretaria Municipal de Saúde                   |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                         |
| USF  | Unidade Saúde da Família                        |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 11 |
| 1.1 Aspectos gerais do município   | 11 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde   | 11 |
| 1.3 Aspectos da comunidade   | 12 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde: USF Josefa Maria Lima – ESF 2   | 14 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família: USF Josefa Maria Lima – ESF 2  | 15 |
| 1.6 O funcionamento da USF Josefa Maria Lima – ESF 2   | 16 |
| 1.7 O dia a dia da equipe USF Josefa Maria Lima – ESF 2  | 16 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade  | 16 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção  | 17 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>   | 18 |
| <b>3 OBJETIVOS</b>   | 21 |
| 3.1 Objetivo geral   | 21 |
| 3.2 Objetivos específicos  | 21 |
| <b>4 METODOLOGIA</b>   | 22 |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>   | 23 |
| 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica   | 23 |
| 5.2 Diabetes Mellitus  | 24 |
| 5.3 Importância do grupo educacional de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus   | 26 |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>  | 28 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado  | 28 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado   | 28 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos   | 29 |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão | 29 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 35 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 36 |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Jacuípe é uma cidade de 5.352 habitantes (de acordo com o último censo realizado pelo IBGE no ano 2022), localizada no norte alagoano e a 96 km da capital Maceió. Jacuípe também está localizado na divisa com Pernambuco, às margens do Rio Jacuípe, origem do nome dado à cidade. A cidade não teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função da migração urbana, sendo o principal motivo a procura por emprego. O mais importante evento festivo da cidade é a tradicional Festa de Reis, realizada no dia 6 de janeiro, festividade religiosa, na qual o município recebe muitos visitantes das cidades vizinhas, inclusive de Pernambuco. A principal geração de renda da cidade vem da prefeitura municipal. A cidade também vive da agricultura (cana-de-açúcar, banana, macaxeira, laranja) e pecuária, tendo seus produtos comercializados na feira livre do município e CEASA (IBGE, 2022). Jacuípe apresenta baixos índices de acesso a saneamento básico, esgotamento sanitário adequado e acesso a água encanada. Convive anualmente com alagamentos e transbordamento do Rio Jacuípe (INSTITUTO ÁGUA E SANEAMENTO, 2021).

Na educação, o município vem melhorando seu desempenho no IDEB, e atualmente dispõe de mais de 96% de adesão escolar (IBGE, 2022). A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Na área de saúde, a cidade integra a 2ª região de saúde, dispondo de consultas e exames de baixa complexidade, atendimento de urgência e emergência, e o cuidado hospitalar é direcionado a cidade vizinha, Porto Calvo em que está situado o Hospital Regional do Norte. Embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar, o município dispõe de 3 equipes de estratégia de saúde da família para a organização da atenção básica, sendo 2 equipes na zona urbana e 1 equipe na zona rural, 2 equipes de saúde bucal, além de especialidades como fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Jacuípe dispõe de unidades básicas de saúde que funcionam de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h, onde são ofertados atendimentos médico, de

enfermagem, odontologia, nutricional e psicologia. Possui ainda um centro de fisioterapia com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h, e um pronto atendimento aberto 24h. Na UBS funcionam ainda, com agendamento prévio, consultas com especialidades médicas (psiquiatria, pediatria, endocrinologia, geriatria, ginecologia, entre outros) através da telemedicina, programa em parceria com o TeleNordeste.

A atenção primária a saúde faz-se importante na prevenção de saúde, promoção de saúde e integralidade do cuidado para com a comunidade. Atendimentos em níveis secundário e terciário são direcionados ao Hospital de referência (Hospital Regional do Norte). A unidade conta ainda com uma farmácia que oferece uma grande diversidade de medicamentos. Consultas com especialistas e realização de exames de média e alta complexidade são regulados para a capital do estado, cabendo, neste caso, ao município oferecer o transporte.

Na USF Josefa Maria Lima - ESF 2, o modelo de atenção à saúde predominante é o modelo de vigilância da saúde, coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), organizados na rede de atenção primária, tendo a ESF como eixo estruturante, integrando práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões a partir das necessidades sociais de saúde, incluindo controle de riscos, danos e agravos, determinantes econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. A referência e contrarreferência são direcionadas a cidade de Porto Calvo, especificamente ao Hospital Regional do Norte e a capital Maceió, como por exemplo, Hospital da Mulher, Maternidade Santa Mônica, Ambulatório do HU, Ambulatório Uncisal, entre outros.

Dentre os principais problemas relacionados ao sistema municipal de saúde, estão a falta de investimentos e recursos necessários, difícil acesso à UBS, rotatividade de profissionais, em especial médico, dificuldade na oferta/marcação de exames de média e alta complexidade.

### 1.3 Aspectos da comunidade

A USF Josefa Maria Lima - ESF 2 abrange 07 microáreas divididas em zona urbana e rural. Na zona urbana estão adstritas, Rua da Travessia, Rua da Torre e Conjunto Habitacional Amaro Félix. Já na zona rural estão Assentamento Canafístula, Engenhos Barro Branco, Tigre, Tigrinho, Santa Ana e Teles.

Com cerca de 2.100 pessoas adstritas, tendo como principal área o Conjunto Habitacional Amaro Félix, localizada na periferia de Jacuípe, única localidade que dispõe de saneamento básico no município. Nela está situada a unidade básica de saúde, que dispõe de equipe de saúde bucal e uma escola municipal de ensino fundamental. A maioria das pessoas da comunidade vivem de auxílios do governo, trabalhos informais e agricultura familiar. É grande o número de desempregados e subempregados. O analfabetismo é elevado, principalmente na zona rural. A população conserva hábitos e costumes da tradição brasileira, em especial festejos juninos e religiosos.

**Quadro 1 - Aspectos demográficos da população adstrita da USF Josefa Maria Lima – ESF 2**

| FAIXA ETÁRIA/ANO | MASCULINO    | FEMININO     | TOTAL        |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| < 1              | 11           | 10           | 21           |
| 1-4              | 58           | 61           | 119          |
| 5-14             | 232          | 209          | 441          |
| 15-19            | 300          | 289          | 589          |
| 20-29            | 181          | 198          | 379          |
| 30-39            | 166          | 199          | 365          |
| 40-49            | 173          | 172          | 345          |
| 50-59            | 96           | 107          | 203          |
| 60-69            | 80           | 86           | 166          |
| 70-79            | 35           | 37           | 72           |
| ≥ 80             | 14           | 13           | 27           |
| <b>TOTAL</b>     | <b>1.047</b> | <b>1.090</b> | <b>2.137</b> |

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência no PEC.

**Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da população adstrita da USF Josefa Maria Lima – ESF 2**

| Condição de Saúde  | Quantitativo (nº) |
|--|-------------------|
| Gestantes  | 23                |
| Pessoas com HAS  | 275               |
| Pessoas com DM   | 120               |
| Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras) | 35                |
| Pessoas que tiveram AVE  | 30                |

|  |    |
|--|----|
| Pessoas que tiveram infarto                            | 3  |
| Pessoas com doença cardíaca                            | 20 |
| Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros) | 13 |
| Pessoas com hanseníase                                 | 0  |
| Pessoas com tuberculose                                | 1  |
| Pessoas com câncer                                     | 5  |
| Pessoas com sofrimento mental                          | 59 |
| Acamados   | 4  |
| Fumantes   | 9  |
| Pessoas que fazem uso de álcool                        | 6  |
| Usuários de drogas                                     | 6  |

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência no PEC.

As principais causas de óbitos registradas no município são AVE, infarto e neoplasias. Já as principais causas de internação são em decorrência de doenças crônicas descompensadas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, asma). Por outro lado, a doença de maior notificação no município é a sífilis adquirida (BRASIL, 2021).

Dentre os principais problemas que afetam o desenvolvimento da saúde da população que se beneficia dos serviços ofertados pela ESF 2, estão a dificuldade de acesso à UBS, falta de saneamento básico na grande maioria da área de abrangência, analfabetismo, desemprego, cultura do método médico curativista, falta da intensificação das ações de educação em saúde, inexistência de equipe NASF, inexistência de grupos para o público com maior vulnerabilidade, doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus).

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde: USF Josefa Maria Lima – ESF 2

A USF Josefa Maria Lima – ESF 2, foi inaugurada há pouco mais de 2 anos e está situada no Conjunto Habitacional Amaro Félix, maior área de abrangência da equipe. É uma unidade que apesar de nova, apresenta vários problemas de infiltração e mofo em sua estrutura, ocasionando constantes contratemplos, como por exemplo a necessidade de suspender os atendimentos, pois as salas e recepção estavam alagadas. No geral, a UBS segue os padrões exigidos pelo ministério da saúde. A área destinada à recepção é ampla, e acomoda bem os usuários, exceto em dias chuvosos, onde as goteiras se fazem presente. O espaço e as cadeiras são suficientes

para todos. A sala de reunião é ocupada pela diretora da UBS, mas sempre que necessário é utilizada pelos profissionais. Na unidade atualmente funciona o pronto atendimento, numa sala improvisada, devido ao período de reformas que passa o prédio principal. Não existem grupos operativos nem associação dos moradores. As salas de espera e rodas de conversas são realizadas com regularidade na UBS, acompanhadas de um café da manhã coletivo, como estratégia para oferecer um ambiente descontraído para interação, discussões mais profundas e o compartilhamento de ideias. Essas iniciativas não apenas promovem a comunicação, mas também criam um senso de comunidade e pertencimento. A população tem muita afeição pela UBS, fruto de anos de luta da comunidade e trabalhadores. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, dispõe de mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, termômetro, EPI, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. O contrário ocorre com o fornecimento de medicamentos para a população. A falta desses medicamentos causa tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação da APS, o gestor municipal de saúde e principalmente a população, que sai perdendo, onde na maioria das vezes precisam comprar medicações que poderiam ser fornecidas pelo município, uma vez que como agravante, as condições financeiras desses usuários são precárias.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família: USF Josefa Maria Lima – ESF 2

A equipe conta com 1 enfermeira, 1 médica, 2 técnicas de enfermagem, 2 recepcionistas, 2 auxiliares de farmácia, 1 diretora, 7 agentes comunitário de saúde, 1 odontóloga, 1 auxiliar de saúde bucal, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 motoqueiro.

Através de reuniões, discussão de casos, avaliação/revisão de prontuários e busca por pacientes faltosos, a ESF 2 trabalha na promoção, recuperação, redução de danos e prevenção da saúde dos usuários. Planejar a semana de atendimentos na unidade e fora dela, educação em saúde, e promover um ambiente acolhedor, são estratégias que visam estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional e o usuário. Baixa resolutividade dos serviços, desigualdade social, dificuldade de acesso a referência e contrarreferência, baixo investimento financeiro e em capacitações/atualizações dos profissionais, estão entre os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe.

### 1.6 O funcionamento da USF Josefa Maria Lima – ESF 2

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 16 horas, de segunda-feira a sexta-feira, possui duas recepcionistas que organizam o fluxo de atendimento programado, agendado pelos ACS's, e atendimento da demanda espontânea. As duas técnicas de enfermagem realizam as triagens e direcionam os pacientes para o profissional de acordo com a classificação de risco.

### 1.7 O dia a dia da equipe USF Josefa Maria Lima – ESF 2

A ESF 2 consegue dividir-se bem entre os atendimentos de programas, como: saúde bucal, pré-natal, visita domiciliar, puericultura, puerpério, controle de câncer de mama e colo do útero, saúde do idoso, do homem e da mulher, atendimentos a pacientes com HAS e DM, atualização do calendário vacinal, acompanhamento de crianças e adolescentes e demanda espontânea. Por outro lado, a equipe não consegue desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos educativos de pacientes com HAS e DM, pois apesar da tentativa de implantação, por parte dos profissionais a população e a gestão não se mostram interessados em colocar em prática. No início, essas propostas conseguiram despertar interesse na comunidade, mas logo as pessoas sumiam dos encontros e o trabalho não era produtivo. Em relação aos grupos educativos de pessoas com HAS e DM, a equipe resolveu condicionar a troca das receitas pela participação em reuniões com equipes multidisciplinares (enfermeira, médica, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogas, odontóloga), o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões. A ausência do reconhecimento dos profissionais tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Mas seguimos firmes na esperança e perspectiva de mudanças.

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

A USF Josefa Maria Lima – ESF 2, dentre os muitos problemas que enfrenta diariamente, vale destacar a inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, impossibilitando o acompanhamento de perto desses usuários por equipe multidisciplinar. Além da falta de interesse e baixa adesão da população, outras causas contribuem para a inexistência do grupo educativo, sendo elas, a acessibilidade a UBS, que torna-se prejudicada pela distância e

inúmeras ladeiras, dificultando o acesso, visto que a maior parte da população com HAS e DM do município é idosa; Inexistência de equipe NASF, que dificulta uma assistência articulada, integral e multidisciplinar aos pacientes com HAS e DM; falta de investimento financeiro da gestão, uma vez que a cidade é pequena e os recursos são limitados, e por opção da gestão é preferível priorizar outras demandas; elevados índices de sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo e alcoolismo, tendo em vista que a maior parte da população convive com o desemprego e subdesemprego, e que a maior parte da renda vem de auxílios governamentais, além da falta de saneamento básico, acesso a esgoto e analfabetismo; Educação em saúde e educação permanente insuficiente, sendo necessário maior intensificação na busca de conhecimento dos assuntos abordados por parte da equipe e disponibilização de capacitações através da gestão municipal.

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

A partir dos dados levantados e analisados, foi possível selecionar os problemas para a estruturação do plano de intervenção. Segue o quadro abaixo.

**Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Saúde da Família Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas.**

| Problemas  | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|
| Inexistência de grupos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus | Alta         | 7          | Total                          | 1                        |
| Difícil acesso à UBS   | Alta         | 6          | Parcial                        | 2                        |
| Baixa adesão da população aos programas  | Alta         | 5          | Parcial                        | 3                        |
| Falta de investimento financeiro na atenção primária por parte da gestão                 | Alta         | 3          | Parcial                        | 6                        |
| Baixo acesso a saneamento básico   | Alta         | 4          | Parcial                        | 5                        |
| Inexistência de equipe NASF  | Alta         | 5          | Parcial                        | 4                        |

Fonte:

- 1 \*Alta, média ou baixa
- 2 \*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados
- 3 \*\*\*Total, parcial ou fora
- 4 \*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pressão sistólica (PAS)  $\geq 140$  e/ou pressão diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg. Considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e importante problema de saúde pública devido suas altas taxas de prevalência e baixa taxas de controle (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020). É uma das principais causas de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal. A incidência é alta, afetando milhões de pessoas em todo o mundo, e está associada a fatores como dieta inadequada, falta de exercício, obesidade e predisposição genética. Para os pacientes, pode levar a complicações graves, como ataques cardíacos e derrames, e requer controle rigoroso da pressão arterial por meio de medicação, dieta e mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2017).

De acordo com o estudo realizado pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, as mulheres apresentaram uma maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica em comparação com os homens. Isso sugere uma tendência em que as mulheres são mais propensas a receber um diagnóstico médico formal de hipertensão. Essa disparidade pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo diferenças nos padrões de busca por cuidados de saúde, suscetibilidade genética e fatores hormonais (BRASIL, 2017).

Já a diabetes mellitus é uma condição metabólica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue devido à incapacidade do corpo de produzir ou usar adequadamente a insulina, onde níveis de glicemia em jejum a partir de 126 mg/dl já é considerado diabetes. A incidência também é significativa e está em crescimento, especialmente devido a estilos de vida sedentários e dietas pouco saudáveis. Assim como na HAS, as mulheres apresentam maior prevalência em números de casos diagnosticados. A DM pode levar a uma série de complicações, incluindo doenças cardíacas, danos nos nervos, problemas renais, perda de visão e amputações. O tratamento envolve monitoramento frequente da glicose no sangue, medicação e mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2009).

A HAS e a DM compõem os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na comunidade, representando agravos de saúde

pública, que estão inteiramente relacionados aos hábitos inadequados de vida diária e alimentares, consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade e também hereditariedade (COTTA et al, 2008). Ambas as condições têm um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, exigindo um gerenciamento contínuo e cuidados de saúde preventivos. Além disso, representam uma carga significativa para os sistemas de saúde pública, devido aos custos associados ao tratamento das complicações e à necessidade de educação em saúde e conscientização para prevenir sua ocorrência.

Através de metodologias ativas, que vão além da renovação de receitas, o objetivo é criar um grupo educativo com atividades multidisciplinares que coloquem em prática o cuidado integral, centrado na necessidade de cada paciente. O intuito é inserir nessas atividades, várias profissões, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, psicólogo e assistente social, para que assim, esses profissionais, a partir da utilização de tecnologias como teatro, musicoterapia, dinâmicas de grupo, ludoterapia, técnicas de relaxamento e de automassagem, dentre outros, viabilizem a aprendizagem de forma criativa, melhorando o método de tratamento adotado e conseqüentemente os resultados almejados (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

Pacientes com HAS e Diabetes necessitam de acompanhamento e cuidados contínuos, uma vez que parte importante de seu tratamento diz respeito a mudança de estilo de vida e adesão a farmacoterapia adequada. No SUS a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o ponto de atenção em que este primeiro contato e cuidado contínuo acontecem, para tanto, o cuidado em saúde deve ser participativo, acolhedor e humanizado. É fundamental envolver a população mais efetivamente, dando-lhe confiança no processo de cuidado, proporcionando mudanças nos hábitos diários, além de moldar o conhecimento técnico-científico à realidade de cada indivíduo, de maneira que este possa ser aplicado conforme à situação socioeconômica e educacional da população, a fim de trazer melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e das famílias (COTTA et al, 2008).

O manejo adequado da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus é fundamental para prevenir complicações graves e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Dentro desse manejo, a educação em saúde desempenha um papel crucial, sendo importante na conscientização sobre a doença, ajudando os pacientes a entenderem melhor sua condição, incluindo os fatores de riscos, sintomas,

complicações potenciais e controle da doença. Na promoção de mudanças no estilo de vida, é fundamental capacitar os pacientes com conhecimentos sobre a importância de adotar um estilo de vida saudável, incluindo dieta equilibrada, atividade física regular, controle do peso e evitar o tabagismo e o consumo excessivo de álcool. Já no que desrespeito a adesão ao tratamento, ajudar o paciente a compreender sobre a necessidade de aderir ao tratamento prescrito, mudar para melhor os hábitos diários, tomar medicamentos regularmente, monitorar a glicose no sangue ou a pressão arterial, e comparecer às consultas de acompanhamento com equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo, etc.), é essencial para o sucesso do controle e tratamento. Na prevenção de complicações, através da educação em saúde capacitar os pacientes a reconhecerem os sinais de alerta de complicações e a agirem rapidamente para buscar ajuda médica, o que pode ajudar a prevenir eventos adversos graves (ANDRADE et al, 2019).

A educação em saúde desempenha um papel vital no manejo eficaz da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus. Através do autoempoderamento, os indivíduos podem não apenas entender melhor suas condições de saúde, mas também se sentir capacitados para tomar decisões informadas sobre seu autocuidado e gerenciamento da doença. Isso não só aumenta a autoconfiança e a qualidade de vida dos pacientes, mas ainda os capacita a desempenhar um papel ativo em sua própria saúde e bem-estar. Essa abordagem centrada no paciente é fundamental para promover resultados positivos a longo prazo e melhorar a saúde da população em geral.

Atualmente não existem grupos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na USF Josefa Maria Lima – ESF 2, em Jacuípe, ao mesmo tempo que recomendamos a importância deste tipo de abordagem para a saúde e qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, a criação do grupo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na USF Josefa Maria Lima – ESF 2, em Jacuípe, Alagoas, trará inúmeros benefícios não só para a comunidade, mas também para os profissionais, proporcionando mais autonomia na criação, controle e implementação da linha de cuidado de cada indivíduo.

Diante do exposto o presente TCC tem por objetivo apresentar um projeto de para a criação de um grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na comunidade atendida pela USF Josefa Maria Lima – ESF 2, no município de Jacuípe, Alagoas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar um projeto de intervenção para criação de um grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na comunidade atendida pela USF Josefa Maria Lima – ESF 2, no município de Jacuípe, Alagoas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Propor atividades com equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, colocando em prática o cuidado integral e centrado na necessidade desses pacientes, afim de reduzir os riscos cardiovasculares;
- Propor capacitação dos participantes do grupo educativo para gerenciar suas condições de saúde por meio do autocontrole da pressão arterial, monitoramento dos níveis de glicose no sangue, adesão ao plano de tratamento prescrito e reconhecimento dos sinais de alerta;
- Propor um ambiente de apoio e compartilhamento entre os participantes, onde possam trocar experiências, desafios e estratégias de enfrentamento relacionadas às suas condições de saúde.

#### 4 METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, uma abordagem dinâmica para o planejamento estratégico que se concentra em entender e lidar com as complexidades do ambiente em constante mudança em que uma organização opera, a fim de obter uma estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações estratégicas a serem executadas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi consultada a Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scientific Electronic Library Online - Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) além de dados registrados no PEC do acervo próprio da USF Josefa Maria Lima – ESF 2.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

Para a definição das palavras-chave e Keywords (hipertensão arterial; diabetes mellitus; Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde) utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica caracterizada pelo aumento da pressão arterial nas artérias do corpo. Os valores de referência geralmente considerados para diagnóstico são uma pressão arterial sistólica (o valor mais alto) superior a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica (o valor mais baixo) superior a 90 mmHg, medida em milímetros de mercúrio (mmHg). Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da HAS, entre eles estão fatores genéticos, sexo, etnia, idade, história familiar de hipertensão pode aumentar o risco de desenvolvimento da condição (fatores de risco não modificáveis); fatores ambientais, socioeconômicos, hábitos de vida pouco saudáveis, como má alimentação, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo excessivo de sódio, álcool e tabagismo, podem contribuir para o desenvolvimento da hipertensão arterial (fatores de risco modificáveis); e fatores emocionais, estresse crônico e ansiedade podem influenciar os níveis de pressão arterial (fatores de risco modificáveis) (BARROSO et al, 2021; SILVA et al, 2023).

A hipertensão arterial sistêmica está classificada em hipertensão primária (ou essencial), na qual não há uma causa identificável para a hipertensão. É a forma mais comum e geralmente está relacionada a fatores genéticos e estilo de vida; e hipertensão secundária, nesse caso, a hipertensão é causada por uma condição médica subjacente, como doença renal, hormonal, arterial ou efeitos colaterais de certos medicamentos (OLIVEIRA; ERNESTO; CANCINO, 1988).

Para um diagnóstico preciso da HAS, é imprescindível a avaliação da pressão arterial fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA). Esses métodos permitem a medição da pressão arterial fora do ambiente clínico, oferecendo uma visão mais abrangente e precisa do perfil da pressão arterial do indivíduo ao longo do dia e em diferentes situações (BARROSO et al, 2021).

O tratamento da HAS geralmente envolve mudanças no estilo de vida, como dieta balanceada, exercícios físicos regulares, controle do peso, redução do consumo de sódio, álcool e cessação do tabagismo, ingestão de potássio através de alimentos como banana, batata doce, cenoura, beterraba, entre outros, além do uso de

medicamentos, se necessário. O controle adequado da pressão arterial é crucial para reduzir o risco de complicações cardiovasculares graves, como acidente vascular encefálico (AVE), doença cardíaca coronária, doença renal crônica e mortalidade precoce (BARROSO et al, 2021; SILVA et al, 2023).

Dados de pesquisas recentes mostram que doenças cardiovasculares são responsáveis por uma proporção considerável de óbitos no país, refletindo a importância de medidas preventivas e intervenções eficazes para reduzir essa carga. O aumento da prevalência de condições como hipertensão, doenças cardíacas isquêmicas e cerebrovasculares está muitas vezes ligado a fatores de risco modificáveis, como estilo de vida pouco saudável, dieta inadequada, falta de atividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Portanto, estratégias de saúde pública que visem prevenir e controlar esses fatores de risco são fundamentais para mitigar o impacto das doenças cardiovasculares na população brasileira (BARROSO et al, 2021; SILVA et al, 2023).

Isso ressalta a importância de programas de conscientização, campanhas educativas e políticas de saúde que promovam hábitos de vida saudáveis, bem como a detecção precoce e o manejo eficaz da hipertensão arterial sistêmica e outras condições cardiovasculares. A abordagem integrada e multifacetada é essencial para enfrentar esse desafio de saúde pública e reduzir a morbidade e mortalidade associadas às doenças cardiovasculares no Brasil (PIERIN et al, 2001).

## 5.2 Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), sendo a glicose em jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%, resultantes de deficiências na produção ou na ação do hormônio insulina. A insulina é responsável por regular a quantidade de glicose no sangue e facilitar sua entrada nas células para ser utilizada como fonte de energia (BRASIL, 2009).

Existem vários tipos de diabetes mellitus, sendo os mais comuns, a diabetes tipo 1 (DM1), condição autoimune na qual o sistema imunológico ataca e destrói as células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Como resultado, o corpo produz pouca ou nenhuma insulina. Este tipo de diabetes geralmente se desenvolve em crianças e adultos jovens, e os pacientes dependem de injeções diárias de insulina para controlar a glicemia; diabetes tipo 2 (DM2), é o tipo mais comum de diabetes

mellitus, neste caso o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz (resistência à insulina), ou não produz insulina suficiente para atender às necessidades do corpo. Geralmente está associado a fatores de risco como obesidade, sedentarismo, idade avançada, histórico familiar e dieta pouco saudável. Inicialmente, pode ser tratado com mudanças no estilo de vida, dieta saudável, exercícios físicos e controle de peso, mas eventualmente pode exigir o uso de medicamentos orais ou insulina. E por fim a diabetes gestacional (DMG), uma forma temporária de diabetes que ocorre durante a gravidez. Ela pode aumentar o risco de complicações durante a gravidez e o parto, além de aumentar o risco de a mãe desenvolver diabetes tipo 2 no futuro (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023; SÁ et al, 2023; BRASIL, 2009).

O controle adequado da glicemia é essencial para prevenir complicações a longo prazo associadas ao diabetes mellitus, como doenças cardiovasculares, danos nos nervos, problemas renais, perda de visão e doenças vasculares. O tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar que inclui dieta equilibrada, controle de peso, exercício físico regular, monitoramento da glicose no sangue e, se necessário, medicação ou insulina. Dessa maneira, o manejo eficaz do diabetes é de extrema importância, mas continua sendo um desafio global devido a várias razões, incluindo acesso limitado a cuidados de saúde adequados, falta de educação e conscientização sobre a doença, bem como barreiras socioeconômicas e culturais (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023; BREVIDELLI; BERGEROT; DOMENICO, 2023).

Dados epidemiológicos fornecidos através de estudos, mostram as dificuldades enfrentadas no Brasil para alcançar metas importantes no controle do diabetes, como a hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 8%, um indicador importante no controle glicêmico a longo prazo e manter seus níveis dentro da faixa alvo é crucial para prevenir complicações relacionadas ao diabetes. A partir disso, destaca-se a necessidade urgente de estratégias de saúde pública voltadas para melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, educação contínua para pacientes e profissionais de saúde, promoção de mudanças no estilo de vida saudável e implementação de intervenções eficazes para o controle do diabetes e suas complicações associadas (BREVIDELLI; BERGEROT; DOMENICO, 2023).

### 5.3 Importância do grupo educacional de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus

Os grupos educacionais para pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) desempenham um papel crucial na gestão dessas condições de saúde, sendo importantes na educação dos participantes sobre a doença, fornecendo-lhes informações detalhadas sobre a HAS e DM, incluindo causas, sintomas, complicações e maneiras de gerenciar essas condições, ajudando os participantes a entender melhor suas condições de saúde e como elas afetam seu corpo; na promoção de hábitos de vida saudáveis, permitindo ensinar aos participantes estratégias para adotar hábitos de vida saudáveis, como uma dieta equilibrada, atividade física regular, controle do peso, cessação do tabagismo e gerenciamento do estresse; no monitoramento da saúde, no qual os participantes aprendem a monitorar sua pressão arterial, glicose no sangue e outros parâmetros de saúde em casa, ajudando na detecção precoce de quaisquer alterações e permitindo ajustes no tratamento conforme necessário; na adesão ao tratamento, ajudando a aumentar a adesão ao tratamento (farmacológico e/ou não farmacológico), garantindo que os participantes entendam a importância de tomar seus medicamentos conforme prescrito, comparecer às consultas médicas regulares e seguir as recomendações de estilo de vida; na prevenção de complicações, ao compreender melhor suas condições de saúde e como gerenciá-las, os participantes podem reduzir o risco de desenvolver complicações graves, como doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), doença renal, neuropatia e retinopatia (Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023; LYRA et al, 2021; RODACKI et al, 2021; MENDONÇA; NUNES, 2015).

Os grupos educacionais ainda proporcionam suporte emocional e social, possibilitando aos indivíduos o compartilhamento de experiências, preocupações e sucessos com outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes. Isso pode trazer um importante apoio emocional, reduzir o isolamento social, e ainda encorajar o empoderamento do paciente, ao adquirir conhecimento e habilidades para gerenciar sua própria saúde, os participantes se tornam mais capacitados a tomar decisões informadas sobre seu tratamento e estilo de vida, promovendo um maior senso de controle e autonomia (RODRIGUES et al, 2021).

A atuação interligada e multidisciplinar entre a equipe de estratégia saúde da família (ESF) e do núcleo de apoio a saúde da família (NASF) em grupos educativos

de pessoas com HAS e DM proporcionam uma abordagem abrangente e integrada para o manejo dessas condições de saúde. Através de atividades como rodas de conversas, troca de experiências, palestras, conferências, atividades externas (caminhadas, academia da saúde) dia de passeio/lazer, oficinas, entre outras, oferecem uma variedade de benefícios que podem melhorar consideravelmente a qualidade de vida e os resultados de saúde dos participantes, promovendo o autocuidado, o apoio social e o empoderamento pessoal (SÁ et al, 2023).

Essa abordagem destaca a importância de uma prática clínica mais ampla e interativa, que vai além do modelo tradicional centrado apenas na dimensão biomédica da doença. Ao reconhecer a necessidade de uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, os serviços de saúde estão cada vez mais enfatizando o trabalho com grupos como uma estratégia de educação em saúde. Ao adotar uma abordagem de educação em saúde dinâmica e reflexiva, os grupos se tornam uma ferramenta estratégica para capacitar as pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) a se tornarem sujeitos ativos no gerenciamento de sua saúde, valorizando não apenas o conhecimento científico, mas também os saberes e a experiência prévia da população, promovendo uma compreensão mais ampla e significativa dos fatores que influenciam o processo saúde-doença. Ao trabalhar em grupo, os participantes têm a oportunidade de estabelecer vínculos uns com os outros, compartilhar experiências, comunicar-se de maneira aberta e colaborativa e desenvolver um senso de comunidade e apoio mútuo. Isso cria um ambiente propício para a troca de ideias, a colaboração e a criação de soluções criativas para os desafios relacionados à gestão da saúde. Além disso, os grupos oferecem uma oportunidade para que os profissionais de saúde atuem como facilitadores, promovendo a troca de conhecimentos, fornecendo orientação e apoio, e incentivando a participação ativa dos membros. Essa abordagem colaborativa e participativa fortalece o senso de responsabilidade compartilhada pelo autocuidado e pela promoção da saúde dentro da comunidade (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Portanto, os grupos educacionais desempenham um papel vital, inovador e eficaz no apoio e na educação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, capacitando-os a adotar medidas proativas para melhorar o cuidado, saúde, bem-estar e qualidade de vida, promovendo uma abordagem mais holística e centrada na pessoa.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “inexistência de um grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde USF Josefa Maria Lima – ESF 2, no município de Jacuípe, Alagoas”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Na USF Josefa Maria Lima – ESF 2, de acordo com dados registrados no prontuário eletrônico do cidadão (PEC), existem atualmente 275 pessoas com hipertensão arterial sistêmica e 120 pessoas com diabetes mellitus. A partir do método de Estimativa Rápida, que é ferramenta essencial para a coleta de dados necessária para uma avaliação rápida, eficiente e precisa da condição local, contando com a participação ativa da população, de baixo custo, utiliza-se de ferramentas práticas como entrevistas, registros escritos existentes ou fontes secundárias e observação ativa da área e que tem por finalidade planejar e implementar ações que busquem melhorar as condições de saúde da população analisada (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), percebeu-se que cerca de 60% desse público não estava frequentando a UBS, seja para consultas, monitoramento de sinais vitais e valores glicêmicos, acompanhamento com equipe multidisciplinar ou busca de medicações. Como estratégia adotada, realizou-se visitas domiciliares a esses pacientes para saber o motivo da baixa procura de acompanhamento na UBS. Dentre os motivos relatados, o mais citado foi a distância e dificuldade de acesso a UBS, visto que a maioria desses faltosos são idosos e residiam mais distante da unidade.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

A USF Josefa Maria Lima – ESF 2 dentre os muitos problemas enfrentados diariamente, vale priorizar a inexistência de um grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dificultando o acompanhamento de

perto desses pacientes pela equipe multidisciplinar. Além da falta de interesse no grupo e baixa adesão da população, outras causas que contribuem merecem destaque, são elas: acessibilidade a UBS, que torna-se prejudicada pela distância e inúmeras ladeiras, atrapalhando o acesso, visto que a maior parte da população com HAS e DM do município é idosa; a falta de investimento financeiro da gestão, uma vez que a cidade é pequena e os recursos são limitados, e por opção da gestão é preferível priorizar outras demandas; elevados índices de sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo e alcoolismo, tendo em vista que a maior parte da população convive com o desemprego e subdesemprego, onde auxílios governamentais são responsáveis por maior parte da renda da população, além de falta de saneamento básico, acesso a esgoto e analfabetismo; Educação em saúde e educação permanente insuficiente, sendo necessário maior intensificação na busca de conhecimento dos assuntos abordados por parte da equipe e disponibilização de capacitações através da gestão municipal. Outro ponto importante é a inexistência de equipe NASF para dar suporte e atuar articulado com a equipe de estratégia saúde da família, na qual tem disponível no município profissionais nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, mas funcionam com atendimentos semanais em centros especialidades.

### **6.3 Seleção dos nós críticos**

A partir do exposto foram selecionados os seguintes nós críticos:

1. Acessibilidade à UBS prejudicada;
2. Baixa adesão da população aos programas;
3. Inexistência de Equipe NASF;
4. Educação em saúde e educação permanente insuficiente.

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

A partir dos dados problemas levantados, analisados e selecionados, foi possível chegar aos seguintes resultados:

**Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas.**

| Nó crítico 1   | Acessibilidade à UBS prejudicada  |
|--|---|
| Operação   | Facilitar a acessibilidade à UBS.   |
| Projeto/resultados esperados   | Saúde nota 10 / Enviar ofício à sede da SMS solicitando ampliação do transporte nos dias do grupo   |
| Produtos esperados   | Veículos disponíveis para usuários que residem em localidades mais distantes da UBS.  |
| Recursos necessários   | Cognitivo: informação a população sobre o tema e elaboração de estratégias de comunicação.<br>Político: disponibilizar veículos existentes.<br>Financeiro: realocar veículos já existentes. |
| Recursos críticos  | Político: disponibilizar automóveis.<br>Financeiro: aquisição de veículos.  |
| Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos                 | Articulação com gestor municipal de saúde e de transporte.  |
| Viabilidade do plano: ações estratégicas                             | Reuniões intersetoriais para articulação de estratégias.  |
| Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações       | Coordenação da atenção primária.  |
| Prazo  | 3 meses para colocar em prática o plano de ação.  |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Veículos disponíveis para usuários que residem em localidades mais distantes da UBS: aos 3 meses: programa implantado e implementado nas microáreas mais distantes da UBS.                  |

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

**Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas.**

| Nó crítico 2 | Baixa adesão da população aos programas                         |
|--------------|---|
| Operação     | Aumentar a adesão da população aos programas existentes na UBS. |

|  |  |
|--|--|
| Projeto/resultados esperados   | Vida e saúde / Melhorar a qualidade de vida dos usuários através da adesão aos programas ofertados pela UBS.   |
| Produtos esperados   | Grupos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Encontros mensais com equipe multidisciplinar. Atividades extramuro (caminhadas, passeios, rodas de conversa, lazer).  |
| Recursos necessários   | Cognitivo: informação a população sobre o tema e elaboração de estratégias de comunicação.<br><br>Político: conseguir o espaço na rádio local e área de lazer, mobilização social e articulação intersetorial com a assistência social e rede de ensino.<br><br>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos, caderneta da pessoa com HAS e DM.     |
| Recursos críticos  | Político: conseguir o espaço na rádio local e área de lazer, mobilização social e articulação intersetorial com a assistência social e rede de ensino.<br><br>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos, caderneta da pessoa com HAS e DM.   |
| Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos                 | Articulação com gestor municipal de saúde, transporte, assistência social e de educação.   |
| Viabilidade do plano: ações estratégicas                             | Reuniões intersetoriais para articulação de estratégias.   |
| Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações       | Equipe de estratégia saúde da família  |
| Prazo  | 3 meses para colocar em prática o plano de ação.   |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | Grupos de pessoas com HAS e DM: aos 3 meses: programa implantado e implementado em todas microáreas.<br><br>Encontros mensais com equipe multidisciplinar: aos 3 meses: conteúdos, horário, local de encontros definidos.<br><br>Atividades extramuro (caminhadas, passeios, rodas de conversa, lazer): aos 3 meses: cronograma de atividades organizadas e estabelecidas para realização. |

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

**Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus”, no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas.**

| Nó crítico 3   | Inexistência de Equipe NASF  |
|--|--|
| Operação   | Melhorar hábitos diários e estilo de vida.   |
| Projeto/resultados esperados                                   | Minha saúde melhor / Diminuir o número de sedentários, tabagistas, alcoolistas e pessoas com sobrepeso/obesidade, no prazo de um ano.  |
| Produtos esperados   | Programa de caminhada orientada. Campanhas educativas na rádio local. Rodas de conversas na área externa da UBS sobre qualidade de vida. Palestras nas escolas do município sobre opções mais saudáveis de cardápio da merenda.  |
| Recursos necessários   | <p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p>Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Articular com SMS e profissionais disponíveis no município (nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo) para criação do NASF.</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos (cartazes, panfletos, banner's).</p> |
| Recursos críticos  | <p>Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Articular com SMS e profissionais disponíveis no município (nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo) para criação do NASF.</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos (cartazes, panfletos, banner's).</p>   |
| Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos           | Direção da rádio, secretário municipal de saúde e educação.  |
| Viabilidade do plano: ações estratégicas                       | Reuniões intersetoriais (equipe de saúde, direção escolar, coordenação de atenção primária).   |
| Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações | Equipe ESF – 2.  |
| Prazo  | 4 meses para iniciar as atividades.  |

|   |   |
|---|---|
| <p>Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações</p> | <p>Programa de caminhada orientada: aos 4 meses: programa implantado e implementado em todas as microáreas.</p> <p>Campanha educativa na rádio local: aos 4 meses: formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; definição de horário pela emissora local, cronograma de profissionais participantes.</p> <p>Rodas de conversas na área externa da UBS sobre qualidade de vida: aos 4 meses, planejamento e realização de rodas de conversas mensais</p> <p>Palestras nas escolas do município sobre opções mais saudáveis de cardápio da merenda: aos 3 meses, aprovação pela secretaria de educação e nutricionista. Aos 4 meses: realização das palestras nas escolas.</p> |
|---|---|

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

**Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4”, relacionado ao problema “Inexistência de grupo educativo de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus” no território sob responsabilidade da equipe de Saúde ESF – 2, Unidade Básica de Saúde Josefa Maria Lima, município de Jacuípe, estado de Alagoas.**

| Nó crítico 4                 | Educação em saúde e educação permanente insuficiente   |
|------------------------------|--|
| Operação                     | Aumentar o nível de informação da população e de conhecimento teórico e prático da equipe sobre a importância do acompanhamento de grupos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.                           |
| Projeto/resultados esperados | Cuidar mais / População mais informada sobre os riscos acarretados por não manter o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos. Equipe com maior nível de conhecimento.  |
| Produtos esperados           | Reuniões mensais com a equipe. Capacitação dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. Campanha educativa na rádio local. Implementação do tema no Programa Saúde na Escola (PSE). |
| Recursos necessários         | <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.</p> <p>Organizacionais: organização da agenda.</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Políticos: articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos (cartazes, panfletos, banner's).</p>  |
| Recursos críticos  | <p>Políticos: articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos (cartazes, panfletos, banner's).</p>  |
| Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos                 | Secretaria de Educação, direção da UBS, coordenação de atenção primária, equipe ESF – 2, Secretaria Municipal de Saúde.   |
| Viabilidade do plano: ações estratégicas                             | Reuniões intersectoriais (gestor municipal de saúde, coordenação de atenção primária, direção da UBS, equipe de saúde ESF – 2, direção escolar, ACS, comunidade).   |
| Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações       | Equipe ESF – 2.   |
| Prazo  | Início com 2 meses, termino com 1 ano.  |
| Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações | <p>Nível de informação da população sobre os cuidados a pessoa com HAS e DM: aos 2 meses: identificação do público-alvo do projeto.</p> <p>Campanha educativa na rádio local; aos 3 meses: parceiros identificados e sensibilizados;</p> <p>Rede formalizada: aos 3 meses: Fase de elaboração de projetos comuns (formato e duração do programa; conteúdos definidos). Definição de horário pela emissora local.</p> <p>Programa de Saúde na Escola: aos 4 meses: implantação das ações planejadas.</p> <p>Capacitação dos ACS e cuidadores sobre os riscos acarretados por não manter o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos: aos 6 meses: programa de capacitação elaborado, ACS e equipe de saúde capacitados, cuidadores identificados e capacitados.</p> |

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, a criação de um grupo educativo para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Josefa Maria Lima - ESF 2, em Jacuípe, Alagoas, tem o potencial de melhorar significativamente o manejo dessas condições de saúde (HAS e DM), capacitar os pacientes a cuidarem de maneira mais assertiva de sua saúde e prevenir complicações graves. Essa iniciativa não só beneficia os indivíduos afetados, mas também contribui para a promoção da saúde pública e a redução dos custos de saúde a longo prazo.

O grupo educativo irá oferecer aos participantes informações precisas e atualizadas, promovendo o aprendizado de estratégias de autocuidado, aumentando sua confiança e motivação para seguir o tratamento prescrito e adotar um estilo de vida saudável, tendo propriedade e autonomia no gerenciamento da saúde, a partir do controle da pressão arterial, níveis de glicose no sangue, adoção de uma alimentação saudável e prática exercícios físicos. Além disso, é de extrema relevância o apoio emocional proporcionado pelo grupo educativo, sendo um ambiente onde os participantes podem compartilhar suas experiências, desafios e sucessos no manejo da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Portanto, essa troca de informações e apoio mútuo torna-se extremamente reconfortante e motivadora, ajudando os pacientes a enfrentarem melhor os desafios diários, aderindo ao tratamento recomendado, entendendo suas condições de saúde e conseqüentemente, alcançando melhores resultados clínicos. Assim, espera-se contribuir na elaboração de estratégias, com colaboração multidisciplinar, que melhorem a qualidade da assistência ofertada as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.V. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. e0104, 2019.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/49VLVL4QXF8f6QYjJ9p6yMB/?lang=pt&format=html#>> Acesso em: 26 fev. 2024.

BARROSO, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. **Arq Bras Cardiol**. v. 3, ed. 116, pág. 516-658, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2021. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10al.def> > Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes. Junho, 2009. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/diabetes/#:~:text=Diabetes%20Mellitus%20\(DM\)%20%C3%A9%20uma,insulina%20exercer%20adequadamente%20seus%20efeitos.](https://bvsms.saude.gov.br/diabetes/#:~:text=Diabetes%20Mellitus%20(DM)%20%C3%A9%20uma,insulina%20exercer%20adequadamente%20seus%20efeitos.)>

Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão (pressão alta). 2017. Disponível em:

<[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20ou%20press%C3%A3o,\(ou%2014%20por%209\).](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20ou%20press%C3%A3o,(ou%2014%20por%209).)> Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <<https://decs.bvsalud.org/>> Acesso em: 05 mar. 2024.

BREVIDELLI, M.M; BERGEROT, C.D; DOMENICO, E.B.L.D. Programa Dia-D: ensaio propositivo de intervenção educativa para autogerenciamento em diabetes tipo 2. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220291, 2023.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf)> Acesso em: 06 mar. 2024.

COTTA, R.M.M. et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 745–766, 2008.

IBGE. 2022. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/jacuipe/panorama>> Acesso em: 18 jul. 2023.

INSTITUTO ÁGUA E SANEAMENTO. Jacuípe-AL. 2021. Disponível em:

<<https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/al/jacuipe>> Acesso em: 19 jun. 2023.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON/UFMG. Belo Horizonte, 2018.

FERNANDES, M.T.O.; SILVA, L.B.; SOARES, S.M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1331–1340, 2011.

LYRA R. et al. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. ISBN: 978-85-5722-906-8, 2021. Disponível em: <[10.29327/557753.2022-10](https://doi.org/10.29327/557753.2022-10)> Acesso em: 14 mar. 2024.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, pág. 397–409, maio de 2015.

OLIVEIRA, M.E.D.; ERNESTO, D.Z.L.; CANCINO, C.A. Consulta de enfermagem a hipertensos: perfil da população e caracterização da assistência. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 2, pág. 199–214, atrás. 1988.

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 1, pág. 11–18, mar. 2001.

RODACKI M. et al. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023).

Classificação do diabetes. ISBN: 978-85-5722-906-8, 2021. Disponível em:

<[10.29327/557753.2022-1](https://doi.org/10.29327/557753.2022-1)> Acesso em: 14 mar. 2024.

RODRIGUES G. et al. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023).

Aspectos psicossociais do diabetes tipos 1 e 2. ISBN: 978-85-5722-906-8, 2021.

Disponível em: <[10.29327/557753.2022-23](https://doi.org/10.29327/557753.2022-23)> Acesso em: 14 mar 2024.

SÁ, J.S. et al. Tecnologias educacionais utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20230049, 2023.

SILVA, T.C. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à ansiedade em mulheres hipertensas: estudo transversal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. eAPE02951, 2023