

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

ANNELIZE CARVALHO DE OLIVEIRA LIMA PUGLIESI HUPSEL

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE
USUÁRIOS DA UBS JOSÉ ARAÚJO SILVA.**

MACEIÓ-ALAGOAS
2022

ANNELIZE CARVALHO DE OLIVEIRA LIMA PUGLIESI HUPSEL

ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE USUÁRIOS DA UBS JOSÉ
ARAÚJO SILVA

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

Orientador: Professor (a) Sabrina Joany Felizardo
Neves

MACEIO-ALAGOAS
2022

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

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

- S958e Hupsel, Annelize Carvalho de Oliveira Lima Pugliesi.
Estratégia de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários da UBS José Araújo Silva / Annelize Carvalho de Oliveira Lima Pugliesi Hupsel. - 2022.
39 f. : il.
- Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.
Monografia (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.
- Bibliografia: f. 38-39.
1. Doenças crônicas não transmissíveis. 2. Hipertensão arterial sistêmica. 3. Diabetes mellitus. 4. Educação em saúde. 5. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 6. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 616-039.33

DEDICO ESTE TRABALHO

A Deus que me permitiu chegar até aqui.

À minha mãe Dalmaríz por sempre me incentivar e ser exemplo para mim.

À meu pai Reginaldo que não está mais aqui, mas ficaria imensamente feliz com essa conquista.

AGRADEÇO

A minha orientadora Professora Sabrina Joany Felizardo Neves.

A coordenadora Lais de Miranda que em vários momentos do curso me ajudou.

A meus colegas de trabalho que direta ou indiretamente contribuíram para esse trabalho.

“Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais.”

RESUMO

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas em vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social. Globalmente, elas têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza. A prevalência de indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus é elevada em todo Brasil, e no território em que se encontra a unidade básica de saúde José Araújo Silva esta tendência se mantém, além disso, podemos perceber complicações destas patologias dentre os usuários da área de cobertura. O objetivo geral consiste em apresentar um projeto de intervenção para melhoria da prevenção dos fatores de risco relacionados a hipertensão arterial e diabetes mellitus entre usuários acompanhados na unidade básica de saúde José Araújo Silva, buscando o autocuidado através da educação em saúde e conseqüentemente diminuir as sequelas e conseqüências destas patologias, propor ações de educação permanente para aumentar o nível de informação da população e de conhecimento da equipe sobre os riscos destas doenças os cuidados, propor ações de educação popular em saúde para modificar hábitos e estilos de vida da população com vistas a redução de risco de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e contribuir para a modificação da visão de saúde como um modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente incluindo a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde. Como metodologia foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Qual a prevalência e incidência de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed. consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. O retorno aos grupos, bem como, sua implementação com a prática de exercícios físicos é uma notável estratégia de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, ademais, é no grupo de educação em saúde, aqui denominado de HIPERDIA, que trabalharemos a sensibilização acerca da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, suas conseqüências e como preveni-las, e estes usuários mediante o conhecimento adquirido serão multiplicadores destas informações. Para que isso aconteça é necessário o comprometimento de todos envolvidos, equipes de estratégia saúde da família, núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica e gestores, o que só vem a contribuir com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca de conhecimento entre eles.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

In recent years, Chronic Non-Communicable Diseases have become an object of global concern, not only in the health sector, but in various sectors of society, due to their magnitude and social cost. Globally, they have generated a high number of premature deaths, loss of quality of life, a high degree of limitation of people in their work and leisure activities, in addition to causing negative economic impacts for families, communities and society in general, resulting in the worsening of social inequities and poverty. The prevalence of individuals with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus is high throughout Brazil, and in the territory where the José Araújo Silva basic health unit is located, this trend remains, in addition, we can see complications of these pathologies among users of the coverage area. The general objective is to present an intervention project to improve the prevention of risk factors related to arterial hypertension and diabetes mellitus among users accompanied at the José Araújo Silva basic health unit, seeking self-care through health education and consequently reducing the sequelae and consequences of these pathologies, propose permanent education actions to increase the population's level of information and knowledge of the team about the risks of these diseases and care, propose popular health education actions to change the population's habits and lifestyles with a view to reducing the risk of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus and contributing to the modification of the view of health as a hospital-centered, curative and rehabilitative model, for a health-promoting, preventive care model, and especially including popular participation and the interdisciplinarity of different professionals of health. As a methodology, Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions, planning, evaluation and programming of health actions. To guide the integrative review, the following question was formulated: What is the prevalence and incidence of users with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. The Scielo, Lilacs and Pubmed databases were used to select the articles. consulted Nescon's Virtual Health Library and documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other sources of search for literature review. The return to the groups, as well as its implementation with the practice of physical exercises is a remarkable strategy for the prevention of chronic non-communicable diseases and their aggravations, in addition, it is in the health education group, here called HIPERDIA, that we will work on raising awareness about systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, its consequences and how to prevent them, and these users, through the acquired knowledge, will be multipliers of this information. For this to happen, the commitment of everyone involved is necessary, including family health strategy teams, an expanded family health center and primary care, and managers, which only contributes to the quality of the professional's daily work and to the exchange of information. knowledge between them.

Keywords: Primary health care. Hypertension. Diabetes mellitus. Family health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita às equipes de Saúde 074, 075 e 076, Unidade Básica de Saúde José Araújo Silva, município de Maceió, estado de Alagoas	16
Quadro 2 Nó crítico 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência e Incidência de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” na população sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família 074, 075 e 076, do município Maceió, estado de Alagoas	34
Quadro 3 Nó crítico 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência e Incidência de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” na população sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família 074, 075 e 076, do município Maceió, estado de Alagoas	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
EPS	Educação permanente em saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Araújo Silva	14
1.5 As Equipes de Saúde da Família 074, 075 e 076 da Unidade Básica de Saúde José Araújo Silva	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde das Equipes 074, 075 e 076	15
1.7 O dia a dia das equipes 074, 075 e 076	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Atenção Primária em Saúde, ESF e NASF	22
5.2 Cuidado em Saúde aplicado às doenças crônicas	24
5.2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	25
5.2.1.1 Definição	25
5.2.1.2 Epidemiologia	26
5.2.1.3 Fatores de risco	26
5.2.1.4 Prognóstico	27
5.2.1.5 Tratamento	27
5.2.2 Diabetes Mellitus	28
5.2.2.1 Definição	28

5.2.2.2 Epidemiologia	28
5.2.2.3 Fatores de risco	29
5.2.2.4 Prognóstico	29
5.2.2.5 Tratamento	29
5.3 Educação em saúde e seu papel na promoção e prevenção de doenças crônicas	30
5.3.1. Educação permanente	30
5.3.2 Educação Popular em saúde	31
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) ...	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Maceió é uma cidade com 1.025.360 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2020), é um município brasileiro, capital do estado de Alagoas, na Região Nordeste do país. Ocupa uma área de 509,5 km². É o Município mais populoso de Alagoas. Com uma taxa de urbanização da ordem de 99,75 por cento, seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,735, considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o primeiro do estado.

É o maior produtor brasileiro de sal-gema. Seu setor industrial diversificado é composto de indústrias químicas, açucareiras e de álcool, de cimento e alimentícias. Possui agricultura, pecuária e extração de gás natural e petróleo. Apresenta 47.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 57.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em 2019, o salário médio mensal era de 2.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 26.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 1 de 102 e 1 de 102, respectivamente.

Na área da saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.22 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes. (IBGE, 2021)

As festividades realizadas na cidade anualmente atraem uma enorme quantidade de turistas. Podem ser citadas suas festas de natal e réveillons como o Réveillon Absoluto, o Réveillon Paradise, Allure e o Réveillon Celebration, além de eventos carnavalescos tradicionais como o Pinto da Madrugada e o extinto Maceió *Fest*. Conta com importantes monumentos, museus, como o Mirante da Sereia, o Memorial Gogó da Ema, o Memorial Teotônio Vilela, o Memorial à República, o Museu Palácio Floriano Peixoto, o Museu Théo Brandão, o Teatro Deodoro. Foi desmembrada em 1839 da antiga Vila de Santa Maria Madalena da Alagoa do Sul, atual cidade de Marechal Deodoro. Sempre conhecida como "Cidade-Sorriso" e "Paraíso das Águas", hoje é considerada como o "Caribe Brasileiro", devido às suas belezas naturais, que atraem turistas de todo o mundo. (WIKIPEDIA, 2021)

1.2 O sistema municipal de saúde

O Município de Maceió está dividido em oito Distritos Sanitários, possui 64 Unidades de Saúde, sendo 39 Unidades de Saúde da Família, 15 Unidades Básicas de Saúde e 10 Unidades de Referência. No município de Maceió, o índice de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, está em torno de 30%, indicador que se mantém basicamente constante desde 2006, o que demonstra pouca evolução nesse sentido. (MACÊDO, 2016). Além da Atenção Primária a Saúde, o Município possui estabelecimentos de média e alta complexidade.

1.3 Aspectos da comunidade

O Jacintinho é um dos bairros mais populosos do Município de Maceió, com cerca de 86.516, extremamente popular por seu vasto comércio, possui mercados, feiras ao ar livre e lojas de diversos eixos comerciais. É grande o número de desempregados ou pessoas sem vínculo empregatício, possui saneamento básico e coleta de lixo. O Analfabetismo é presente, sendo predominante em usuários acima dos 50 anos. A área coberta pela ESF possui grotas e escadarias, onde a vulnerabilidade social é mais visível. No território temos diversos equipamentos sociais, tais como igrejas (Evangélicas), quadras esportivas (Gramadão), Associação comunitária (Associação das Piabas), Escolas Municipais e Centro Municipal de educação infantil (CMEI).

1.4 A unidade básica de saúde José Araújo Silva

A Unidade Básica de Saúde José Araújo Silva, fica localizada na Rua Pastor Eurico Calheiros, S/N, Jacintinho, é de fácil acesso e abriga 03 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 01 Equipe de Consultório na Rua, 01 Equipe NASF e a Demanda espontânea. A casa é antiga, alugada e adaptada para ser uma unidade de Saúde, porém é gritante a necessidade de reparos para um melhor ambiente de trabalho. A área destinada a recepção é de tamanho bom, entretanto a unidade, mesmo sem ser a referência do distrito sanitário, é muito procurada, o que acaba gerando filas e aglomerações diárias, pois não existe cadeiras para todos. Não existe sala de reuniões, e os consultórios são escassos devido ao grande número de profissionais, salvo engano 87. Equipamentos como tensiômetro, estetoscópio, glicosímetro, balança, oxímetro e etc, são existentes na unidade, porém em quantidade insuficiente. Além disso, a ergonomia de todos os ambientes é incorreta o que favorece as LER/DORTs.

1.5 Equipes de saúde da família (074, 075 e 076) da unidade básica de saúde José Araújo Silva

A composição das Equipes que atuam na UBS José Araújo Silva compreende:

- 03 Médicos;
- 03 Enfermeiras;
- 02 Dentistas;
- 02 ASB;
- 06 Técnicas de Enfermagem;
- 18 Agentes Comunitários de Saúde;

A composição da Equipe NASF-AB que é apoio da UBS José Araújo Silva compreende:

- 01 Fisioterapeuta
- 01 Terapeuta Ocupacional
- 01 Nutricionista
- 01 Psicóloga
- 02 Assistentes Sociais
- 01 Profissional de Educação Física

1.6 O funcionamento da unidade de saúde José Araújo Silva

O funcionamento da UBS José Araújo Silva é de segunda-feira a sexta-feira e no horário das 07h00m até as 17h00m. Todos os profissionais da ESF estão na unidade durante esse horário.

No tocante a organização dos processos de trabalho, é realizado de forma mensal reunião de planejamento entre equipe NASF-AB e equipes de ESF, com intuito de planejar as ações do mês subsequente de acordo com o calendário do Ministério ou necessidade do território, para isso é realizado o monitoramento das ações e discussões acerca delas, bem como, discussão de casos, encaminhamentos e ações de educação permanente.

As ações pactuadas são registradas em livro ata que é assinado por todos os presentes, como também são postadas no grupo de whatsapp que estão os membros das quatro equipes (03 equipes ESF e 1 equipe NASF-AB).

1.7 O dia a dia da ubs José Araújo Silva

As equipes de Estratégia de Saúde da Família em seu dia a dia realizam, visitas domiciliares, atendimento na UBS, atendimento domiciliar compartilhado com profissionais do NASF-AB, atendimento na UBS compartilhado com os profissionais do NASF-AB, vacinas, citologias, consultas de pré-natal, CD, saúde da mulher, Hipertensão, entre outras. Atendimento odontológico, seja ele na UBS ou em Visita domiciliar, ações do PSE nas escolas do território, ações de matriciamento e discussão de casos e processos de trabalho.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- Alto número de Hipertensos e Diabéticos
- Complicações relacionadas a HAS e DM tais como amputações e AVC;
- Alto número de usuários com problema de saúde mental;
- Violência contra a pessoa idosa.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita as equipes de Saúde 074,075 e 076, Unidade Básica de Saúde José Araújo Silva, município de Maceió, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto número de Hipertensos e Diabéticos	ALTA	9	PARCIAL	1
Complicações relacionadas a HAS e DM tais como amputações e AVC	ALTA	7	PARCIAL	4
Alto número de	ALTA	7	PARCIAL	3

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
usuários com problema de saúde mental				
Violência contra a pessoa idosa	ALTA	7	PARCIAL	2

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 07)

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 15).

A prevalência de indivíduos portadores de HAS e DM é elevado em todo Brasil, e no território em que se encontra a UBS José Araújo Silva esta tendência se mantém, além disso, podemos perceber complicações destas patologias dentre os usuários da área de cobertura.

As duas patologias que são o foco deste trabalho são condições crônicas, diretamente relacionadas ao estilo de vida, sendo necessária articulação entre os cuidados ofertados pela equipe de saúde de saúde e a responsabilização dos pacientes de forma que consigam incluir o autocuidado para a prevenção ou controle da HAS ou DM em sua rotina de vida. É rotineiro na nossa prática atendermos usuários que possuem as duas patologias e poucos são os que de fato entendem a gravidade do que tem e cuidam da sua saúde. Enquanto equipe multiprofissional, ao atendermos esses usuários orientamos acerca dos cuidados para o controle e/ou prevenção. E como ações de enfrentamento realizamos: atendimento domiciliar, atendimento na UBS, salas de esperas, grupos, mobilização social, além da participação em campanhas propostas pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, diante da prevalência e incidência dessas patologias em nosso território e o crescente surgimento de usuários com complicações a elas relacionadas, devemos voltar cada vez mais o nosso olhar para a prevenção, pilar da atenção básica. É necessário um olhar diferenciado a esses usuários, pois só assim evitaremos complicações, o que reduz

expressivamente o gasto com média e alta complexidade, além de impactar positivamente na vida deste usuário e seus familiares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria da prevenção dos fatores de risco relacionados a HAS e Diabetes mellitus entre usuários acompanhados na UBS José Araújo Silva, objetivando o autocuidado através da educação em saúde e conseqüentemente diminuir as sequelas e conseqüências destas patologias.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1. Propor ações de educação permanente para aumentar o nível de informação da população e de conhecimento da equipe sobre os riscos da HAS e DM e os cuidados.

3.2.2. Propor ações de educação popular em saúde para modificar hábitos e estilos de vida da população com vistas a redução de risco de HAS e Diabetes.

3.2.3. Contribuir para a modificação da visão de saúde como um modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente incluindo a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>.

Para elaboração da presente revisão as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento do objetivo da revisão; seleção dos artigos a partir dos critérios de inclusão e de exclusão; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise e discussão dos resultados; apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Qual a prevalência e incidência de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed. consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português e inglês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre os últimos 12 anos. Foram excluídos aqueles artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão definidos acima e quando eram artigos duplicados nas bases de dados. As palavras-chave utilizadas foram: Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus. Estratégia saúde da família.

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, 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

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária em Saúde, ESF e NASF

A prevenção, na área de saúde, é certamente mais abrangente do que sua definição – ato de evitar que algo aconteça – e deve fazer parte da história natural da doença. Assim, distinguem-se três níveis de aplicação de medidas preventivas: atenção primária, secundária e terciária. (DELAI; WISNIEWSKI, 2011)

Nos níveis de atenção do sistema, salientamos a atenção primária em saúde, vinculando cerca de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família. (PAIM, 2018). O Brasil passa a ter o sistema de saúde orientado pela atenção básica e é reconhecido como modelo pela Organização Mundial da Saúde em 2008. O Manual da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (PNAB, 2012)

A Atenção Primária a Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 27)

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. De acordo com SANTOS *et al.*, (2017), os inquestionáveis avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população constituem patamar inabdicável de realizações, conhecimentos e práticas. No âmbito da Atenção Básica em Saúde (AB), aumentou a integração

das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe. Foi constatada na prática que a resolutividade pode chegar a 80%/90% de atendimento às necessidades de saúde.

Atualmente 105 milhões de brasileiros já são atendidos pelos serviços das equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atendem a população nas unidades de saúde. O programa prevê cobertura de 148 milhões de brasileiros, que é hoje a capacidade de atendimento de toda a rede da Atenção Primária à Saúde no país. (<https://aps.saude.gov.br/noticia/8997#>, acesso em: 18, fevereiro 2022).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoções de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. (BORGES *et al.*, 2010)

Conforme a PNAB, 2012, a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

De acordo com AVEIRO *et al.*, (2011) o Programa de Saúde da Família (PSF) tem revelado uma dupla funcionalidade: é tanto um mecanismo indutor da equidade no cuidado, por alcançar mais aquelas populações que socialmente mais necessitam, quanto tem sido uma forma mais efetiva de promover o cuidado, abordando mudanças físicas consideradas fisiológicas e identificação precoce de suas alterações patológicas.

A estruturação da ESF propõe rever práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos: amplia as ações a serem desempenhadas pelos profissionais de saúde e aumenta os limites e as possibilidades de atuação, exigindo novas habilidades e aptidões. A lógica que norteia o seu trabalho é a promoção da saúde, sendo assim, os indivíduos e famílias devem ser

assistidos antes do surgimento dos problemas e agravos de sua saúde. Deve priorizar a atenção básica, as ações de prevenção e a promoção da saúde e estabelecer uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população. (DELAÍ; WISNIEWSKI, 2011)

Assim é que, dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. A criação dos NASF propicia a ampliação das ações de APS, aumentando o escopo de intervenções no processo saúde–doença, favorecendo o cuidado da população e fortalecendo a ESF. Isso inclui as ações de reabilitação, historicamente associadas, todavia, aos níveis secundários e terciários de atenção, baseadas em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais.

Configuram-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 27).

5.2 Cuidado em Saúde aplicado às doenças crônicas

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social. Globalmente, as DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza. Ampliando as desigualdades sociais, o aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do marketing do tabaco e do álcool. A epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza. Existem fortes evidências relacionando os

determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco. (MALTA *et al.*, 2014)

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos. Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 15)

Para o enfrentamento das DCNT e redução das iniquidades, além da organização do setor saúde para garantir acesso às ações de assistência, promoção, prevenção e vigilância, torna-se essencial articular ações intersetoriais, em especial buscando a redução das iniquidades ou disparidades em saúde. As políticas para o enfrentamento das DCNT devem ser ainda harmonizadas e alinhadas buscando ações integradas e cooperativas. (MALTA *et al.*, 2014)

5.2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

5.2.1.1 Definição

A HAS é conceituada como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais" De acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais (Figura 1.1), caracterizada por elevação persistente da PA, ou seja, PA sistólica (PAS)

maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

5.2.1.2 Epidemiologia

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial salientam que a crise hipertensiva responde por 0,45% a 0,59% de todos os atendimentos de emergência hospitalar e emergências hipertensivas por 25% de todos os casos de crises hipertensivas. O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) e o edema agudo de pulmão (EAP) são as situações mais encontradas nas emergências hipertensivas. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. Nobre et al, 2013 sugere que a prevalência da hipertensão arterial no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cerebrovascular
- Doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença arterial periférica. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 15)

5.2.1.3 Fatores de riscos

Como fatores de riscos podemos elencar:

- Genética
- Idade
- Sexo
- Etnia
- Sobrepeso/obesidade
- Ingestão de sódio e potássio

- Sedentarismo
- Álcool
- Fatores socioeconômicos

5.2.1.4 Prognóstico

O grande desafio em relação à HAS é estabelecer substanciais aumentos no diagnóstico, tratamento, seguimento e controle dentro das metas ideais para cada situação peculiar de pacientes. Os reflexos, conseguidos esses objetivos, serão incontestáveis reduções de morbidade e mortalidade em decorrência dessa perversa doença. (NOBRE et al, 2013).

Como sugere as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o início precoce do tratamento e a busca por metas mais baixas de controle da PA podem ser indicadas para prevenir os desfechos relacionados com o aumento da PA e minimizar o chamado risco residual.

5.2.1.5 Tratamento

De acordo com NOBRE *et al.*, 2013, o objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associadas à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto: Mudanças de estilo de vida ou Tratamento não medicamentoso e a instituição de Tratamento medicamentoso.

O Tratamento não medicamentoso consiste em orientações objetivando reduzir a pressão arterial. A sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia. Controlar os fatores de risco associados e, concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também um objetivo do tratamento não medicamentoso. Há um elenco de medidas cuja eficácia já está claramente estabelecida como benéficas, tais como, redução de peso, suspensão de tabagismo, mudanças nos hábitos alimentares, atividade física e redução do consumo de bebidas alcoólicas.

Para o tratamento medicamentos a decisão terapêutica deve basear-se nos valores da pressão arterial, na presença ou não de lesão em órgãos-alvo e de fatores de risco associados, que permitem estratificar o risco do paciente a ser tratado.

5.2.2. Diabetes Mellitus

5.2.2.1 Definição

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. A classificação baseia-se na etiologia do DM, eliminando-se os termos “diabetes mellitus insulino dependente” (IDDM) e “não-insulino dependente” (NIDDM). (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 7)

5.2.2.2 Epidemiologia

O Brasil é o quarto país do mundo em número de casos, com mais de 12,5 milhões de pessoas diagnosticadas na faixa etária de 20 a 79 anos. (PEREIRA et al, 2021)

Mundialmente, o diabetes se tornou um sério problema de saúde pública, cujas previsões vêm sendo superadas a cada nova triagem. Por exemplo, em 2000, a estimativa global de adultos vivendo com diabetes era de 151 milhões. Em 2009, havia crescido 88%, para 285 milhões. Em 2020, calcula-se que 9,3% dos adultos, entre 20 e 79 anos (assombrosos 463 milhões de pessoas) vivem com diabetes. Além disso, 1,1 milhão de crianças e adolescentes com menos de 20 anos apresentam diabetes tipo 1. Há uma década, em 2010, a projeção global do Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2025, era de 438 milhões. Com mais cinco anos pela frente, essa previsão já foi ajustada para 463 milhões. A crescente prevalência de diabetes em todo o mundo é impulsionada por uma complexa interação de fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos. O aumento contínuo se deve, em grande parte, ao aumento do diabetes tipo 2 e dos fatores de risco relacionados, que incluem níveis crescentes de obesidade, dietas não saudáveis e falta de atividade física. No entanto, os níveis de diabetes tipo 1, com início na infância, também estão aumentando.

5.2.2.3 Fatores de risco

Os fatores de riscos para o DM são: idade maior que 45 anos; sobrepeso (Índice de massa corporal > 25); obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas); antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes; hipertensão arterial (>140/90 mmHg); colesterol HDL >35 mg/Dl e triglicérides e < 150mg/Dl; história de macrosomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de

ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica. (TAVARES *et al.*, 2010).

5.2.2.4 Prognóstico

Conforme salienta o CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 16, é reconhecido que o diabetes passa por estágios em seu desenvolvimento. É importante ao clínico perceber que os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados de doença, em que é necessário o uso de insulina para o controle glicêmico. Além disso, antes do diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), e o seu reconhecimento pelo clínico permite a orientação de intervenções preventivas. Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável.

5.2.2.5 Tratamento

Segundo SALCI *et al.*, 2017, para um plano terapêutico efetivo, evidencia-se a necessidade de múltiplas intervenções, as quais compreendem medidas farmacológicas e não farmacológicas, com necessidade de mudanças no estilo de vida, com prática de exercícios físicos regulares; rigoroso controle da alimentação; uso correto da farmacoterapia; acompanhamento periódico em consultas e exames laboratoriais; abolição do fumo; diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, controle da pressão arterial; imunização; atenção psicossocial; detecção e tratamento de complicações crônicas.

No entanto, as mudanças de comportamentos são desafiadoras para os idosos com diabetes e serviços de saúde, resultando na não adesão em mais de 80% dos indivíduos com a doença e predispondo à ocorrência de incapacidades que impactam negativamente na sua qualidade de vida. (BORBA *et al.*, 2018).

5.3 Educação em saúde e seu papel na promoção e prevenção de doenças crônicas

5.3.1. Educação permanente

No Brasil, recentemente, a Educação permanente em saúde (EPS) foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia considera o processo de trabalho como o lócus gerador de aprendizado significativo. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados. A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

A esperança é de que se consiga romper com o modelo educacional tradicional caracterizado por uma educação autoritária que forma profissionais que estabelecem relações profissional-usuário-comunidade autoritárias e diretivas. Mais do que a requisição de uma metodologia pedagógica inovadora a ser aplicada nos processos educacionais, a Educação Permanente, na saúde, assume dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas, pois, partindo de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), busca superá-la, trocá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada. (PRATICAS EDUCATIVAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2018).

5.3.2. Educação popular em saúde

O Manual de Práticas educativas e tecnologias em saúde (2018) destaca a Educação Popular como o movimento que valoriza o saber popular, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, a partir de trocas de experiências, e desta forma tem sido utilizada pelos serviços, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas. A Educação Popular em Saúde tem como objetivo primordial romper com a verticalidade da relação profissional/usuário presente também nas ações educativas. Na

Educação Popular em Saúde são valorizadas as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e o diálogo buscando a explicitação e compreensão do saber popular.

Para Vasconcelos (2001), segundo o Manual de práticas educativas e tecnologias em saúde (2018), Educação Popular em Saúde é arte e saber de lidar com as dificuldades e potencialidades deste relacionamento complexo e conflituoso dos serviços de Atenção Básica com a população numa perspectiva de construção da justiça e da solidariedade social.

Nesse sentido PEREIRA et al, 2021 afirma que as estratégias de educação popular em saúde, fundamentadas na abordagem do empoderamento podem promover o desenvolvimento das práticas de autocuidado, uma vez que consideram as necessidades, objetivos e experiências das pessoas, de modo que estas desenvolvam autonomia para tomar decisões relacionadas à gestão de sua condição de saúde. Tais estratégias têm apresentado resultados efetivos no que diz respeito às práticas de autocuidado, conhecimento, atitudes psicológicas, empoderamento e a mudança de comportamento. Quando pautadas no empoderamento, essas estratégias possuem enfoque na dialógica, problematização, construção de conhecimentos e habilidades e desenvolvimento da autonomia, objetivando a realização das práticas de autocuidado. A educação em grupo caracteriza-se como um espaço de compartilhamento de conhecimentos e troca de experiências entre pessoas com a mesma condição crônica, contribuindo para a identificação e o gerenciamento das barreiras para a prática do autocuidado.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais frequente. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade

de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 07)

Essa proposta refere-se ao problema priorizado na UBS José Araújo Silva, “alto número de pessoas com hipertensão e Diabetes Mellitus.”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projetos, 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 (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema selecionado foi o alto número de usuários Hipertensos e Diabéticos no território coberto pela UBS José Araújo Silva. É notório que globalmente as DCNT tem inúmeros impactos, dentre eles, conforme ressalta MALTA *et al*, 2014, os gastos familiares com as DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras. No território adscrito, além da prevalência de HAS e DM, existe a alta incidência dessas patologias, segundo dados do sistema e-sus as três equipes de saúde da família da referida unidade possuem cadastrados 681 usuários hipertensos e 337 usuários com diagnóstico de diabetes.

É imprescindível salientar o elevado número de usuários que possuem sequelas, sendo as mais encontradas o AVC e a amputação de membro inferior, o que além da limitação funcional e muitas vezes laboral do usuário, acarreta mudanças no estilo de vida e isso envolve todo o contexto familiar, além do aumento de custos com reabilitação, próteses, benefícios previdenciários e medicações. Como fatores de risco podemos citar a desinformação dos usuários acerca da temática, deficiência nos hábitos alimentares saudáveis, ausência de prática de exercícios físicos, uso de álcool e/ou tabaco, dentre outros. A cobertura desses usuários é feita pela visita domiciliar do agente comunitário de saúde e consultas rotineiras com profissional médico e enfermeira, quando constatada a necessidade da intervenção de outros

profissionais da equipe NASF-AB, o caso é repassado pelo profissional da ESF e o atendimento pode ser realizado em consulta compartilhada ou atendimento individual, tanto na UBS quanto em domicílio, a depender da condição de saúde do usuário. Após o atendimento comumente é realizada discussão do caso com os profissionais envolvidos, onde é pontuado as atribuições de cada um, bem como, se for necessário o caso pode ser matriciado junto à outras equipes de saúde.

6.2 Explicação do problema selecionado

A alta incidência de condições crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na comunidade adscrita motivou a escolha do problema priorizado. Tais condições são caracterizadas por serem multicausais e estarem relacionadas ao estilo de vida, neste contexto necessitam cuidado longitudinal, consumindo recursos e demandando tempo de assistência.

Como expõe MALTA *et al*, 2014, a epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza. Existem fortes evidências relacionando os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco.

No entanto a ocorrência e/ou agravamento dessas doenças podem ser minimizados por meio de promoção da saúde e de programas de prevenção que podem envolver tanto educação popular em saúde na busca de adoção de estilo de vida mais saudável quanto qualificação do processo de trabalho em saúde.

Considerando que o enfrentamento das DCNT na APS deve ser amplamente abordado, trabalhando medidas além dos métodos curativos, colocando o sujeito como responsável pelo seu cuidado, o problema foi escolhido e definido como prioritário seguindo análise de dados epidemiológicos, informações em saúde obtidas através o e-sus, levantamentos realizados pelos ACS e reuniões em equipe para definição de processos de trabalho.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após análise do problema dois nós críticos foram selecionados:

- Nível de informação da equipe (educação permanente) desigual e/ou insuficiente;
- Nível de informação da comunidade (educação para a saúde) insuficiente;

- Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, padrão alimentar, tabagismo, sedentarismo) inadequados.

Assim, foram propostos dois projetos, um para cada nó crítico que são apresentados a seguir.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2- Nó Crítico 1. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência e Incidência de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, no território sob responsabilidade da UBS José Araújo Silva, bairro Jacintinho, município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó Crítico 1	Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) insuficientes.
Operação	Aumentar o nível de informação da população e de conhecimento da equipe sobre os riscos da HAS e DM e os cuidados
Projeto /resultados esperados	Projeto Saber mais é preciso, objetivando uma população mais informada sobre a HAS e DM e equipe com maior nível de conhecimento.
Produtos esperados	Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. Reuniões mensais com as equipes envolvidas. Ações de educação permanente para as equipes. Retorno gradativo dos grupos de HIPERDIA
Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais - organização da agenda das equipes Políticos – articulação com equipamentos sociais do território para disponibilização de espaço físico e mobilização social. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Recursos críticos	Políticos – articulação com equipamentos sociais do território para disponibilização de espaço físico.

	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Gestor da UBS (favorável). Equipes de ESF e NASF-AB (Favoráveis)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões para articulação, monitoramento e planejamento das ações (ESF, NASF-AB e gestor da UBS)
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Enfermeiras, ACS e equipe NASF-AB
Prazo	Início em um mês – começando pelo retorno dos grupos de HIPERDIA, que tem como proposta inicial reuniões quinzenais
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Capacitação dos profissionais da ESF: três meses Famílias-alvo do projeto identificadas: três meses Nível de informação da população sobre HAS e DM: seis meses

Quadro 3- Nó crítico 2. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência e Incidência de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, no território sob responsabilidade da UBS José Araújo Silva, bairro Jacintinho, município de Maceió, estado de Alagoas.

Nó Crítico 2	Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, padrão alimentar, tabagismo, sedentarismo) inadequados
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida da população com vistas a redução de risco de HAS e DM
Projeto /resultados esperados	Projeto comunidade ativa, com o objetivo de minimizar o número de sedentários, tabagistas e obesos, no prazo de um ano.
Produtos esperados	Grupo HIPERDIA com orientações da equipe NASF-AB; Grupo de exercício físico.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir o espaço nos equipamentos sociais do território para realização do grupo e mobilização social Financeiro: para aquisição de equipamento para prática de exercício físico, recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço nos equipamentos sociais do território para realização do grupo.

	Financeiro: para aquisição de equipamento para prática de exercício físico, recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Direção dos equipamentos sociais existentes no território (favorável), Gerência de promoção e educação em saúde (GEPES) (favorável), Equipes ESF e NASF-AB(favoráveis), gestor da unidade (favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões para articulação, monitoramento e planejamento das ações (ESF, NASF-AB e gestor da UBS), articulação com a equipe GEPES – SMS.
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Equipes ESF E NASF-AB (enfermeiras, ACS, fisioterapeuta, nutricionista e profissional de educação física).
Prazo	Início em abril de 2022
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Retorno dos grupos de HIPERDIA e implementação de grupo de exercício físico, início em abril de 2022.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UBS José Araújo Silva está situada em um território marcado pela violência, vulnerabilidade social, insalubridade, e por uma população que acredita que o modelo de assistência à saúde curativo é o mais eficaz, logo a procura à unidade de saúde é prioritariamente para consultas em busca de receitas médicas para a aquisição de remédios.

O Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) são insuficientes, também, se faz necessário modificar hábitos e estilos de vida da população com vistas a redução de riscos de HAS e DM.

Os projetos comunidade ativa e saber mais é preciso, além de aumentarem significativamente o nível de informações dos usuários e da equipe, tem como objetivo propiciar o retorno aos grupos de HIPERDIA, bem como, sua implementação com a prática de exercícios físicos supervisionada pelo profissional de educação física da equipe NASF-AB, sendo essa uma notável estratégia de prevenção das DCNT e seus agravos, pois o grupo propicia um espaço seguro de discussões e troca de experiências e saberes, tanto nas relações

interpessoais dos usuários, como na relação usuário/profissional de saúde, e esse estreitamento de vínculos, sempre respeitando as crenças, fatores sociais, o meio em que está inserido este usuário e o seu conhecimento favorece as ações que podem transformar a realidade dessa população, como a maior assiduidade as consultas, não só do profissional médico, mas enfermeiro, dentista, nutricionista, entre outros. Ademais, é no grupo de educação em saúde, aqui denominado de comunidade ativa, que trabalharemos a conscientização acerca da HAS e DM, suas consequências e como preveni-las, e estes usuários mediante o conhecimento adquirido serão multiplicadores destas informações.

Para que isso aconteça é necessário o comprometimento de todos envolvidos, equipe ESF, NASF-AB e gestores, o que só vem a contribuir com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca de conhecimento entre eles.

São inúmeras as evidências que a promoção de saúde através de intervenções populacionais custo-efetivos tem impacto nas DCNT e em suas complicações, sendo assim, a atenção primária a saúde, como ordenadora do cuidado, é o nível de atenção à saúde que mais se aproxima dessa realidade, e essa intervenção gera repercussão para os três níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

MACÊDO, Dartagnan. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família: análise da qualidade dos serviços em Maceió (AL)**. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Alagoas sob a forma de relatório técnico, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre. Maceió, 2016.

Maceió. Wikipedia, 2021. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Macei%C3%B3>. Acesso em: 31 jul 2021.

Rede Básica de Serviços – SMS Maceió, Prefeitura de Maceió- Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/sms/ubss-coordenacao-geral-da-atencao-primaria/>. Acesso em: 31 jul 2021.

IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 31 jul 2021.

DELAI, K. D.; WISNIEWSKI, M.S.W. **Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1515-1523, 2011

Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il (Série A, Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Brasil tem 105 milhões de brasileiros cadastrados na Atenção Primária, Ministério da Saúde, Publicado: 24 jun 2020, disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/8997#>

SANTOS, F. A. B. *et al.*, **Fisioterapia na Atenção Primária de Saúde: relato de experiência**, Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde 2017;4(2):58-63

BORGES, A. M. P. *et al.*, **A Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – Uma revisão da literatura**. UNICiências, v.14, n.1, 2010

AVEIRO, M. C. *et al.* **Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1467-1478, 2011

Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il (Série A, Normas e Manuais Técnicos) (**Caderno** de Atenção Básica, n. 27)

MALTA, D.C. *et al.*, **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4341-4350, 2014

BORBA, A.K.O.T. *et al.* **Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(3):953-961, 2018

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BARROSO, W.K.S.; RODRIGUES, C.I.S.; BORTOLOTTI, L.A.; MOTA-GOMES, M.A.; BRANDÃO, A.A.; FEITOSA, A.D.M.; *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

NOBRE, F. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica primária**, Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3):256-72 <http://revista.fmrp.usp.br>

PEREIRA, P.F.; SANTOS, J.C.; CORTEZ, D.N.; REIS, I.A.; TORRES, H.C. **Evaluation of group education strategies and telephone intervention for type 2 diabetes.** Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03746. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020002603746>

SALCI, M.A.; MEIRELLES, B.H.S; SILVA, D.M.V.G. **Prevention of chronic complications of diabetes mellitus according to complexity.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):996-1003. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0080>

26/6 Dia Nacional do Diabetes, Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, <https://bvsmms.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/> Acesso em: 22 Mar 2022.

TAVARES, D.M.S, *et al.* **Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem**, Acta Paul Enferm 2010;23(5):671-6.

VASCONCELOS, Mara **Práticas educativas e tecnologias em saúde/** Mara Vasconcelos, Maria José Cabral Grillo e Sônia Maria Soares. -- Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018. 59 p.: il.; 22 x 27cm.