

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

Vailza Pereira Nascimento

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Um desafio para saúde indígena

Maceió
2022

Vailza Pereira Nascimento

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Um desafio para saúde indígena

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

Orientadora: Thatiana Regina Fávaro

Maceió

2022

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

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

N244d Nascimento, Vailza Pereira.
Doenças crônicas não transmissíveis : um desafio para saúde indígena / Vailza Pereira Nascimento. – 2022.
30 f. : il.

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

Bibliografia: f. 30.

1. Doenças não transmissíveis. 2. Hipertensão. 3. Diabetes mellitus. 4.
Obesidade. 5. Saúde de populações indígenas. I. Título.

CDU: 616.12-008.331.1(=87)

Folha de Aprovação

AUTOR: VAILZA PEREIRA NASCIMENTO

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Um desafio para saúde indígena

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 27 DE ABRIL DE 2022.

Documento assinado digitalmente
 **THATIANA REGINA FAVARO**
Data: 19/12/2022 20:31:34-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutora, Thatiana Regina Fávaro, Faculdade de Nutrição

Examinador/a:

Documento assinado digitalmente
 **JOAO ARAUJO BARROS NETO**
Data: 09/01/2023 08:33:04-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Doutor, João Araújo Barros Neto, Faculdade de Nutrição

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Um desafio para saúde indígena

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

Orientador: Prof. Dr^a. Thatiana Regina Fávaro

Banca examinadora

Professor (a). Thatiana Regina Fávaro, Doutora, Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas.

Professor (a). João Araújo Barros Neto, Doutor, Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas.

Aprovado em Maceió, em (00) de (mês) de 2020.

Dedico este trabalho a Deus, que me impulsiona todos os dias com energia, que me dá força e coragem para atingir os meus objetivos.

RESUMO

No Brasil, as DCNT representam a principal acarga de doenças e mortes na população, consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Frente a esta realidade a despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Este projeto propõe algumas intervenções com foco no enfrentamento das DCNT na Aldeia Apoema, município de Traipú, AL. Para realização do estudo foi realizada uma análise no SIASI e SISVAN WEB, onde foram levantadas na faixa etária de 25 a 59 anos uma quantidade de 64 pessoas adultas entre homens e mulheres, sendo avaliado nesses pacientes hipertensão, diabetes e obesidade. Como resultados, foram propostas três medidas de intervenção com base nos três nós críticos de maior evidência.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Obesidade, Saúde Indígena.

ABSTRACT

In Brazil, CNCDS represent the main burden of disease and deaths in the population, considered an epidemic today, chronic non-communicable diseases (NCDs) constitute a serious public health problem, both in rich countries and in middle and low income countries. Faced with this reality, despite the importance of the individual approach, the need for a collective approach is increasingly proven to obtain more consistent and lasting results from the factors that lead to arterial hypertension, diabetes mellitus and obesity. This project proposes some interventions focused on coping with CNCDS in Aldeia Apoema, municipality of Traipú, AL. In order to carry out the study, an analysis was carried out on SIASI and SISVAN WEB, where 64 adults between men and women were surveyed in the age group of 25 to 59 years, with hypertension, diabetes and obesity being evaluated in these patients. As a result, three intervention measures were proposed based on the three most evident critical nodes.

Keywords: Chronic non-communicable diseases, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Obesity, Indigenous Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (nome), Unidade Básica de Saúde (nome), município de (nome), estado de (nome)	16
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “doenças crônicas não transmissíveis”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoená, município de Traipu, estado de Alagoas.	26
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “doenças crônicas não transmissíveis”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoená, município de Traipu, estado de Alagoas.	27
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “doenças crônicas não transmissíveis”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoená, município de Traipu, estado de Alagoas.	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
DM	Diabetes mellitus (<i>Diabetes mellitus</i>)
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

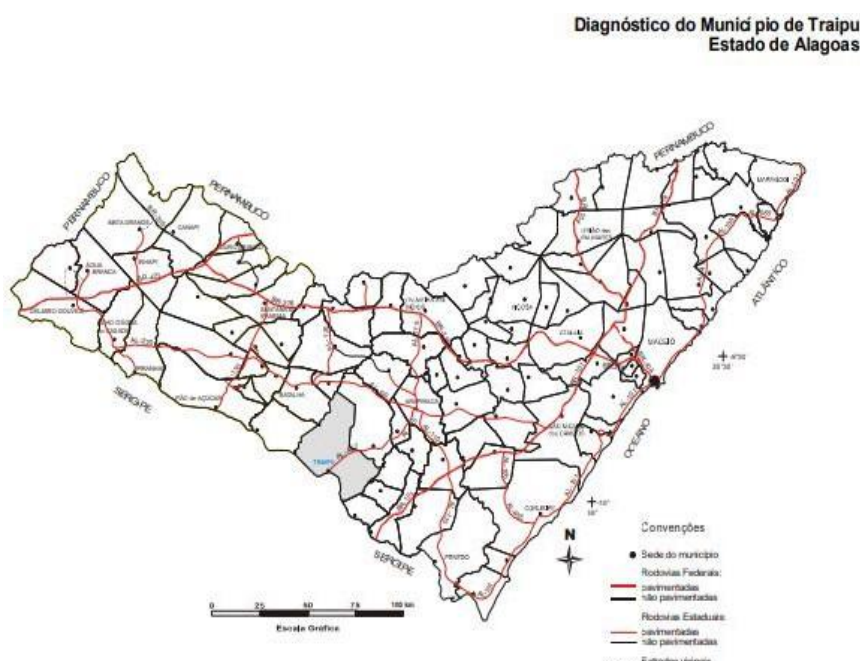
1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Traipu é uma cidade com aproximadamente 27. 826 **habitantes** (estimativa do IBGE para o ano de 2020), localizada na região centro-sul do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Girau do Ponciano e Jaramataia, a sul com o rio São Francisco, a Leste com Campo Grande, Olho D' Água Grande e São Brás e a oeste com Batalha e Belo Monte, o cesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316, BR-101, AL-220 e AL-115, com percurso em torno de 188 km da capital do estado. Traipu é uma região de concentração indígena, a palavra Traipu é de origem tupi, como mostra o especialista Teodoro Sampaio em seu dicionário. É uma corruptela de “ytira ypu”, que quer dizer “fonte de moro” ou “olho d’água do monte”. Em seus primórdios durante o século XVII, era um morgado estabelecido na região pelo mestre de campo e grande proprietário de terras Pedro Gomes. Este deixou para seus descendentes seus bens vinculados, inclusive o nascente povoado que recebera o nome de Porto da Folha. Em 1870, mudou a denominação para Traipu, empregada pelos índios da região. As principais atividades econômicas do município são: Comércio, serviços e agropecuária. Na aquicultura: conta com os tambaqui, tilápia, tucunaré. Na área de pecuária, conta com os bovinos, suínos, equinos, galináceo, mel de abelha, ovinos. Na área agrícola: Manga, algodão, feijão, fumo, mandioca e milho. O principal bioma de Traipu – AL é a caatinga e o índice de desenvolvimento humano. A prefeitura de Traipu é administrada por Lucas Santos, contando com 11 vereadores. A cidade mantém manifestações folclóricas como o pastoril, quadrilha e a vaquejada. O artesanato local também é preservado em trabalhos em couro, lã, linha e madeira. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há cerca de 4 anos o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 15 equipes na zona urbana e três equipes na zona rural cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento

da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.



FONTE: https://dados.al.gov.br/catalogo/dataset/municipio-de-traipu/resource/15f2fd49-bda9-4c6c-b258-e4eb834a5bf1?inner_span=True

1.1 O sistema municipal de saúde

Desde o início e antes mesmo da criação do sistema único de saúde sempre se teve uma política com intuito de proporcionar as pessoas melhor qualidade de vida, entretanto, nem sempre as coisas se procedem de acordo com que está escrito no papel, uma prova disso foi após a criação do SUS para a sociedade. É visto que muita coisa ainda não saiu do papel, as dificuldades existem e sempre existiram. O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los. Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades.

1.2 Aspectos da comunidade

Apoena é uma pequena aldeia que apresenta aproximadamente 179 habitantes, onde vivem afastados do município, sobrevivem da pesca em determinadas épocas, plantio de feijão, arroz, milho, abóbora e alguns legumes, criam porcos, galinha ou se alimentam de alguma caça encontrada na mata. A aldeia fica em uma distância de aproximadamente 190 km para o município de referência, onde por muitas ocasiões quando necessário é preciso procurar o município mais próximo em casos de urgências e emergências, ou até mesmo quando não consegue curar o índio dentro da aldeia através de suas crenças, valores e costumes, sendo eles saberes tradicionais passados de geração em geração. A comunidade ainda tem suas tradições preservadas, onde realizam sempre que necessitam (rituais), em algumas ocasiões juntam-se com outros parentes para receber da terra um saber mandado por Deus. A cultura ainda permanece forte e a língua ainda continua sendo passada por estes, como forma de preservação. Através do artesanato, pesca e plantio conseguem ganhar a vida para conseguir alimentar seus familiares, alguns adquiriram o Bolsa Família, outros não. O município ajuda na saúde desses indígenas da forma que pode, realizando marcações de consultas e exames, contando ainda com o apoio ofertado pela saúde indígena, articulando, quando necessário, os encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade a depender do caso.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Apoena

A comunidade de Apoena tem uma unidade de Saúde, atendendo, em 2021, a 100 moradores, por uma equipe de Saúde da Família: a Equipe Azul com 32 famílias em uma microárea, estando localizada em um pequeno povoado (30 pessoas, 10 casas) distante 5 km do Polo Base de Saúde da Família. As demais pessoas residem ao lado do Polo Base de Saúde. Os profissionais de nível superior residem em município vizinho, pois não tem espaço suficiente para abrigá-los dentro da área, onde fica a unidade de Saúde. A equipe é composta por (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agente indígena de saúde (AIS), um agente indígena de saneamento (AISAN) a equipe de Saúde Bucal – uma cirurgiã-dentista (CD), um técnico em saúde bucal (TSB), seis motoristas, quatro vigilantes e um responsável pelos serviços gerais da unidade.

A UBSI é uma unidade, localizada na aldeia Apoena, zona rural, no município de Traipu – AL. Seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, de 8 às 17 horas. A unidade serve para atender a população adscrita. Atende em média 27 famílias, uma população de 100 pessoas aproximadamente onde 16 pessoas dessa população são hipertensas. A região é composta grande parte por uma população de risco social, maioria com baixa renda.

A unidade apresenta condições suficientes para atender a população na medida do possível de forma eficaz e os profissionais apresentam se sempre acolhedores para o bom desenvolvimento do serviço ofertado aos usuários. Esta conta com quatro consultórios: um de clínica médica e um de enfermagem (para atendimento e acolhimento), um odontológico, a sala da pré – consulta, sala da farmácia, sala para procedimentos simples, Cozinha, local para guardar material de limpeza, um banheiro interno e outro externo (unissex) e outra sala disponível para guardar material. Possui área externa que pode ser utilizada para a realização de grupos operativos ou para outras ações realizadas na unidade. A estrutura física possibilita e facilita a locomoção e acesso de pessoas com necessidades especiais.

A unidade conta com uma equipe de um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um ACS, um AISCAN, quatro vigilantes, um agente de serviços gerais, quatro motoristas na urgência e emergência, um no carro da equipe e um no carro de consulta. São ofertados a população os serviços de puericultura, citologia, pré-natal, hipertenso, saúde do adulto, Grupos de Educação e Saúde, imunização, visitas domiciliares, consulta médica e de enfermagem, acolhimento, medicações, curativos, serviço odontológico, reunião familiar, comemorações em datas festivas com os pacientes, agendamento de consultas eletivas, encaminhamentos para unidades de referências, média e alta complexidade, renovação de receitas em dia e horário programado, Saúde na Escola dentre outros programas pactuados. Tem como missão a Prevenção, promoção e recuperação da saúde respeitando os princípios do SUS, visando garantir maior resolutividade e qualidade da Atenção Básica por meio de um atendimento humanizado e um ambiente acolhedor ao usuário, através de vínculos formados entre a equipe e usuários.

A unidade básica de Saúde da Equipe Azul de Apoena, foi inaugurada há cerca de 18 anos e está situada na zona rural ficando próximo à cidade de Porto Real do Colégio. É uma unidade, pequena onde apresenta ainda estrutura precária. O Polo é

antigo, e pouco conservado. Sua área pode ser considerada inadequada, devido as condições apresentadas serem precárias, mostrando o espaço físico pouco aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, em alguns momentos podem gerar tumulto. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento fora da unidade. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a sala da enfermeira, que é pequena e não comporta toda a equipe, onde o ar condicionado está em desuso causando calor.

As reuniões com a comunidade (os conselheiros, por exemplo) são realizadas na frente do polo, que fica ao lado das casas dos demais membros da comunidade. A população tem muito apreço pelo Polo de Saúde, fruto de anos de luta e querem que esteja em condições agradáveis para que a equipe execute seu trabalho de forma correta, dando continuidade ao processo da linha do cuidado, atualmente, está sendo equipada e conta com alguns recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava sem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, balança, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal de saúde.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Apoena

O Polo de Saúde funciona das 08:00 h às 18 horas e, para tanto, é necessário o apoio da agente comunitária, durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o técnico de enfermagem ou o enfermeiro está presente no Polo. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre a técnica de enfermagem da equipe e a coordenadora de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro técnico de enfermagem. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja cumprido durante a semana, principalmente os profissionais de nível superior. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de os

finais de semana não terem profissionais de nível superior da área, apenas a técnica de enfermagem e ACS, e por se tratar de uma comunidade que fica distante do município de referência. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe, lideranças e conselho de saúde, onde até o momento as coisas vem se adequando aos poucos para que seja atendida a solicitação de todos que fazem parte da comunidade.

1.6 O dia a dia da equipe Apoena

O tempo da Equipe Azul está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, saúde mental, de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, saúde do idoso, saúde da criança. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

Ao realizar reuniões para avaliação do trabalho tem sido satisfatória, pois é o momento onde todos expõem suas opiniões, dificuldades e são traçadas outras formas estratégicas de melhoria de algumas dificuldades encontradas e faladas durante a reunião. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda burocrática e problemas internos. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

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

Estrutura:

- Apresentando condições precárias de saúde, devido nunca ter sido realizado reforma;

Funcionamento:

- O horário de trabalho inicia às 08:00 e vai até às 18:00 horas.

Equipamentos:

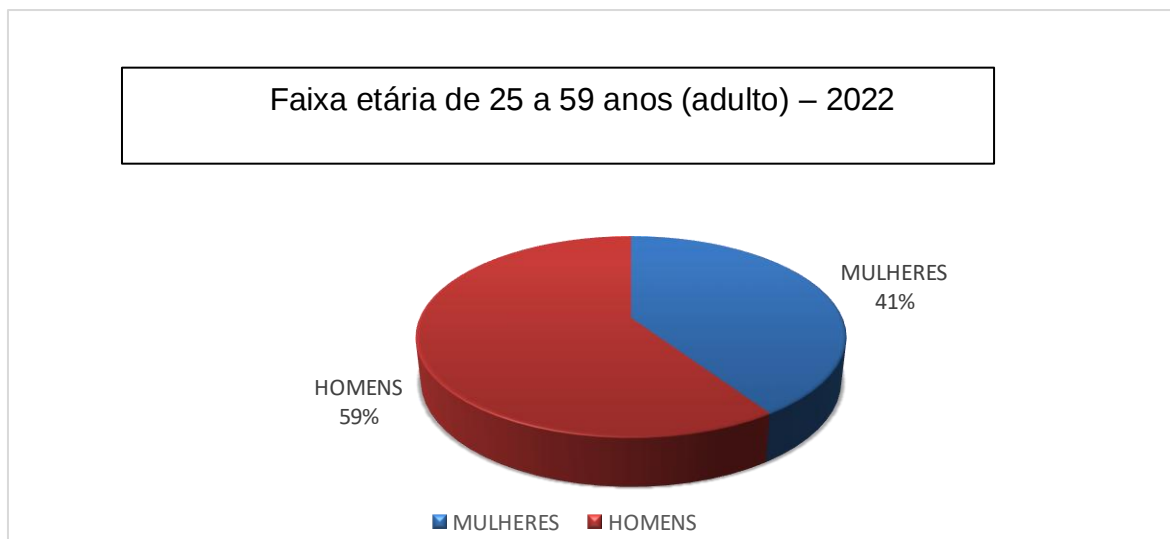
- Está sendo equipada e conta com alguns recursos adequados para o trabalho da equipe.

Materiais:

- A falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal de saúde.

Ao analisar a faixa etária de 25 a 59 anos (adulto) de indígenas no município de Traipu – AL, com relação aos dados obtidos no início de 2022, através do SIASI observou – se que de 64 indígenas entre homens e mulheres 38 são homens e 26 mulheres, conforme dados descritos no gráfico 1:

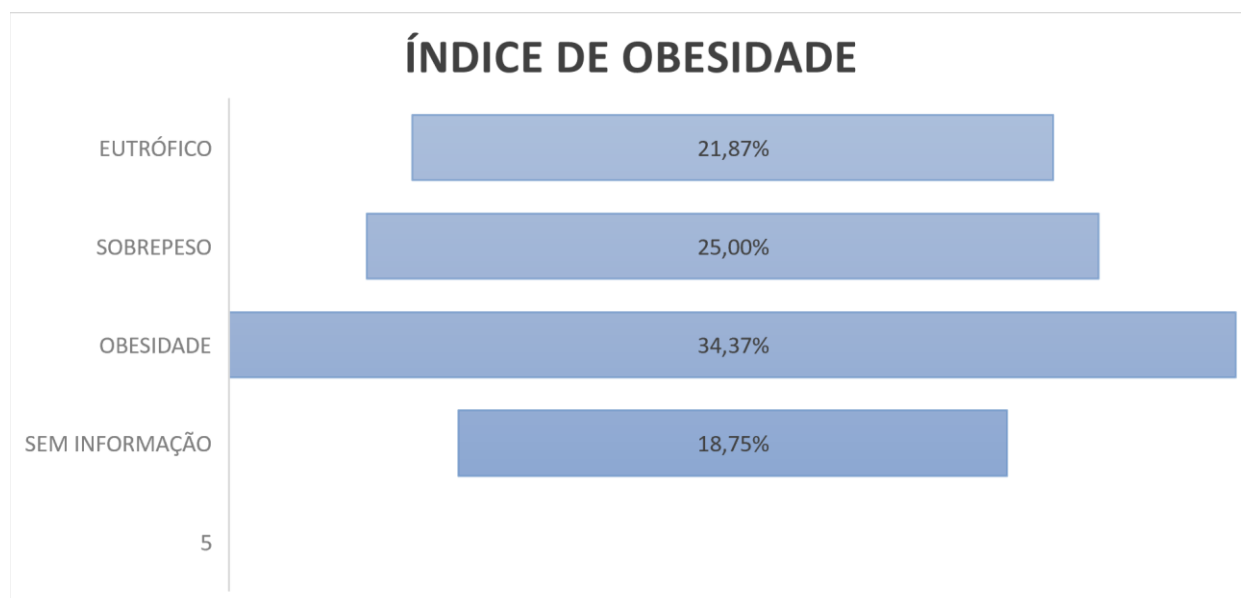
Gráfico 1:



Em virtude do cenário atual, pode – se afirmar após avaliação dos dados obtidos que em relação a população apresenta um índice de obesidade, através do IMC x Idade, a fim de identificar o estado nutricional a população, apresentou um grau elevado de obesidade em ambas faixas etárias. Percebe-se que quando os autores

relatam sobre a obesidade ter relação com as DCNT's, um fato que realmente ocorre e isso está presente também nos povos indígenas da comunidade estudada, descrita no gráfico 2.

Gráfico 2:



Fonte: Dados extraídos do SIASI, em 14 de abril de 2022, às 13:40 horas, com algumas mudanças.

1.8 Priorização dos problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Azul, Unidade Básica de Saúde Apoena, município de Traipu, estado de Alagoas

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Hipertensão arterial	Média	5	Média	3
Alimentação	Média	5	Média	4
Diabetes Mellitus	Média	3	Média	5

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A promoção e a prevenção são ações prioritárias na Atenção Primária, as DCNT, em especial a HAS, é uma doença de grande impacto a saúde pública e a saúde dos povos indígenas, até mesmo por serem povos que apresentam alto risco, a partir da relevância da temática, o levantamento realizado com os usuários de acordo com raça/cor, definidos por faixa etária em especial adulto, onde julgou pertinente um apanhado maior com relação a situação observada, a avaliação realizada torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

O estudo justifica-se pela necessidade de discussões acerca de doenças crônicas não transmissíveis como um desafio para a saúde indígena, devido esta situação apresentar grande relevância no contexto da saúde pública no Brasil, no mundo e na saúde dos povos indígenas.

Na realidade estudada, nota-se que apesar da equipe de enfermagem se desdobrar no que se refere a ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência, ainda são necessárias intervenções com foco na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção para a organização da linha de cuidado para atenção integral à saúde do indivíduo com doenças crônicas não transmissíveis na Aldeia Apoema, município de Traipu (AL).

4 METODOLOGIA

Este trabalho partiu de uma análise e reflexão sobre os diversos problemas que estão dificultando os serviços de saúde. Através da metodologia da Estimativa Rápida, foi possível identificar os problemas e selecionar dos nós críticos. Os dados foram obtidos através do SIASI e SISVAN WEB.

Para a revisão de literatura foram utilizados como meio de consulta as seguintes bases de dados científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), manuais do ministério da saúde, SIASI e SISVAN WEB, para elaboração e análise dos resultados, conforme os objetivos propostos no estudo. Os descritores utilizados para a busca foram: Doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade, Saúde Indígena.

5. REVISÃO DE LITERATURA

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças facilitam e dificultam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento. Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. (Brasil, p. 13, 2008).

Schmidt et al., (2011), expõe que a morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre.

Doenças Crônicas Não-Transmissíveis:

- Levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens;
- Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
- Têm muitas oportunidades de prevenção devido sua longa duração;
- Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;
- Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem.

Fonte: Brasil, p. 14, 2008

No Brasil, as DCNT representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. (Figueiredo, Ceccon, Figueiredo, p. 78, 2021). As doenças crônicas vitimam 38 milhões de pessoas ao redor do planeta e são a maior causa de morte em todo o mundo. Apesar de soar alarmista, esses dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam uma realidade preocupante. (Brasil, p. 13, 2008).

De acordo com Schmidt et al., (2011), é importante notar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente à prevalência de excesso

de peso; esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física.

Diante de tais fatos é relevante definir que:

Hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de fatores de risco, lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2012, p. 71).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente 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. 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 (BRASIL, p. 8, 2006).

O Diabetes e alterações da tolerância à glicose são frequentes na população adulta e estão associados a um aumento da mortalidade por doença cardiovascular e complicações microvasculares. O diagnóstico destas situações deve ser feito precocemente, utilizando métodos sensíveis e acurados, já que mudanças no estilo de vida e a correção da hiperglicemia podem retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações (GROSS et al., p. 16, 2002).

Murro, Tambascia, Ramos, (p. 11, 2011), define:

O Diabetes Mellitus pode ser considerado uma pandemia, que tem um impacto substancial em todos os sistemas de saúde, bem como em toda a sociedade. O Diabetes Mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

Estima-se que, no Brasil, existam cinco milhões de diabéticos. Por não produzir sintomas no início, na maior parte dos casos, esse problema costuma ser despercebido. No último censo realizado no Brasil, quase metade dos portadores de diabetes desconheciam o diagnóstico. A prevalência do diabetes é semelhante entre homens e mulheres, e aumenta consideravelmente com o progredir da idade (MURRO, Tambascia, Ramos, p. 11, 2011).

Frente a esta realidade a despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter

resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial e diabetes mellitus.

De acordo com Brasil, (2006) deve ser realizadas estratégias que visem modificações de estilo de vida 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 para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral e ao diabetes mellitus. 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, além dos educar e orientar os portadores de diabetes realizarem ajustes das doses prandiais de insulina, de acordo com o consumo de carboidrato previsto para a refeição e com o nível glicêmico no momento pré-prandial.

Vale lembrar que essas orientações devem ser realizadas por profissional de nutrição treinado, e os ajustes de relação insulina-carboidrato e doses de correção devem ser determinados pelo médico assistente, em trabalho conjunto multidisciplinar.

Em concordância com que os autores mencionaram anteriormente nota-se que a obesidade vem acometendo uma grande quantidade de pessoas devido muitos também não realizarem atividades físicas, o que provavelmente com o passar do tempo surge o sedentarismo e o corpo vai acumulando gorduras em excesso. Já que só acontece a ingestão de alimentos e as pessoas não fazem caminhada e comem desordenadamente (OMS, 2000) apoud, LOPES, p. 7, 2014.

Para Lopes (2014, p. 4), obesidade é considerada uma síndrome multifatorial, e identificar sua etiologia não é tarefa simples, pois sua gênese envolve aspectos ambientais, sociais, genéticos, metabólicos e de consumo alimentar. A obesidade, uma comorbidade que abrange o mundo e também o Brasil, é considerada também como um dos principais fatores de risco para o surgimento das doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT). No Brasil, a obesidade é um dos problemas de saúde pública apresentando alta prevalência na população e representa uma das maiores causas para a progressão e/ou desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Contudo, fica evidente que obesidade é um problema mundial e o Brasil também tem apresentado dados alarmantes em relação a esta comorbidade. Igualmente à população nacional, estudos com população indígena revelam mudanças no seu perfil epidemiológico devido à presença do excesso de peso, obesidade e suas consequências para a saúde. Nos leva a refletir também que a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) começam a assumir um papel expressivo no cenário da saúde indígena e trazem consigo novos desafios que merecem ser identificados, avaliados e trabalhados pelos gestores e profissionais da saúde indígena.

Diante de tantos fatos relatados incorporamos algumas dessas DCNT's na saúde indígena que também não é diferente, assim como noutros países, as DCNT constituem um problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por afetar pessoas na fase adulta, sendo elas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Em função disso, houve a necessidade em trabalhar com tais doenças na saúde indígena como parte desafiadora no Brasil e no mundo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Doenças crônicas não transmissíveis”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

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

6.1 Descrição do problema selecionado

Descrição	Valores	Fontes
Hipertensão arterial sistêmica	16	Registros da equipe
Diabetes Mellitus	6	Registros da equipe
Obesidade	32	Registros da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares (3)	2	Registros da equipe

Diante do quadro exposto anteriormente evidenciou uma explicação do problema que poderá ser relevante não apenas na definição das ações que a equipe deverá desenvolver, mas também para a organização da forma com que a equipe irá realizar as ações e monitorar e avaliar a eficácia e eficiência das intervenções propostas.

6.2 Explicação do problema selecionado

1. Explicação do problema (problemas com doenças crônicas não transmissíveis):

A comunidade acredito que por ser localizada em um lugar, onde fique distante das cidades e demais povoados, as pessoas não apresentam um grau de escolaridade onde obtenham informação suficiente para tais danos, a menos que a equipe de saúde forneça essas informações. Estes conseguem se conectar através

das redes sociais, porém é visto pouco interesse pela procura de materiais que falem sobre a qualidade de vida. Nota - se, hábitos e estilo de vida associados a hipertensão, diabetes e obesidade todos associados ao ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico. Modelos de desenvolvimento econômico e social.

As causas dos problemas estão associadas as políticas públicas e ao modelo assistencial, dessa forma é visto o desemprego, baixos salários, sedentarismo, hábitos alimentares, sobrepeso e obesidade, fatores hereditários. O sistema de saúde necessita do uso de protocolos apoio diagnóstico, assistência farmacêutica referência e contrarreferência, melhorar o acompanhamento de riscos e agravos melhorar a autonomia do paciente com risco cardiovascular através de uma atenção integral.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos:

1. Maus hábitos alimentares, pouca prática de exercício físico, história familiar de obesidade e doenças subjacentes, como por exemplo diabetes tipo 2;
2. Nível de informação da comunidade (educação para a saúde) insuficientes, porém existe falta de interesse por parte da metade da comunidade;
3. Estrutura dos serviços de saúde a melhorar, dificuldades com relação a exames e consultas.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico

Quadro 1 - Operações sobre o “**nó crítico 1**” relacionado ao problema “**doenças crônicas não transmissíveis**”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoená, município de Traipu, estado de Alagoas.

Nó crítico	Desenvolver hábitos de vida mais saudáveis /adoção de novos padrões de comportamento para além de reverter o aparecimento de doenças, aumentar os níveis de energia e melhorar o humor no dia a dia.
operação	Vivendo com sabedoria / Diminuir em 30% o número de sedentários, obesos, no prazo de um ano, além de estabelecer uma rotina, caminhar, brincar com os filhos, usar a terra para plantio de raízes, organizar horta com ervas medicinais que sirvam para equilíbrio do sobrepeso e obesidade, dançar ouvindo música, estabelecer metas.
projeto	Programa orientado pelo profissional caminhe mais, Campanha todos no ritmo da dança. Campanha alimentação balanceada. Campanha plante uma horta e tenha saúde.
resultados esperados	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir o espaço na rádio local e profissional que repasse informações de (educação continuidade) na comunidade através de um carro de som, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, carro de som e etc.
produtos esperados	Político: conseguir o carro de som. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, sementes para o plantio de hortas e etc.
recursos necessários	Direção através do carro de som (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Secretário municipal de educação (motivação favorável). Participação da comunidade (motivação favorável. Participação da equipe multidisciplinar de saúde).
viabilidade do plano - recursos críticos	Reuniões entre a unidade Básica de Saúde indígena e determinados setores com o município de referência (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria municipal do meio ambiente, Equipe de saúde, Organizadores da escola, comunidade, alguns setores de referência de maiores necessidades).
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico, Enfermeira, Odontólogo, Lideranças Indígenas e Conselho Local de Saúde Indígena.
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Três meses para o início das atividades
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Programa caminhe mais: aos três meses: programa implantado e implementado na microárea Campanha educativa através do carro de som: aos três meses: formato e duração do programa definidos; conteúdo definidos; definição de horário pelo município em acordo com a comunidade, lideranças, CLSI e EMSI; Projeto “ Vivendo com sabedoria ”: aos dois meses, aprovação pela Secretaria de Saúde.

Quadro 2 - Operações sobre o “**nó crítico 2**” relacionado ao problema “doenças crônicas não transmissíveis”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoena, município de Traipu, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Nível de informação da comunidade (educação para a saúde) insuficientes, devido comunidade apresentar pouco interesse pelas informações transmitidas pela equipe;
operação (operações)	Aumentar o nível de interesse da comunidade pelas informações que a equipe transmite sobre os problemas de hipertensão arterial os e cuidados a serem tomados.
projeto	Portal do Saber/ População mais interessada e informada sobre as causas que levam a hipertensão arterial sistêmica. Comunidade com maior nível de conhecimento.
resultados esperados	Reuniões quinzenais com equipe. Capacitação especial dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. Campanha educativa com roda de conversa na faixa etária de 25 a 59 anos no primeiro momento. Programa bem estar.
produtos esperados	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e saúde, inserindo estratégias pedagógicas. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - articulação (parceria com o secretário de saúde e coordenadora da atenção básica) e mobilização social.
recursos necessários	Políticos: articulação com secretaria municipal de saúde, coordenadora da atenção básica, prefeito e órgão responsável pela população indígena.
viabilidade do plano - recursos críticos	Secretaria de Saúde (Favorável). Gestor da unidade Básica de Saúde (favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável).
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões com município (dirigentes, equipe de saúde, coordenadora da atenção básica, comunitária).
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica, Enfermeira, Lideranças Indígenas e Conselho Local de Saúde Indígena.
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Início em três meses e término em 12 meses

Quadro 3- Operações sobre o “**nó crítico 3**” relacionado ao problema “doenças crônicas não transmissíveis”, no território sob responsabilidade da Equipe Azul de Saúde da Família, Apoena, município de Traipu, estado de Alagoas.

3	Estrutura dos serviços de saúde a melhorar
operação (operações)	Melhorar a estrutura do serviço e o processo de trabalho para o atendimento dos portadores de diabetes mellitus.
projeto	Mais Saúde / Oferta aumentada de consultas, exames, medicamentos, mais facilidade no acesso ao município de referência, maior facilidade no acesso aos transportes do município.
resultados esperados	Capacitação de pessoal; consultas especializadas; viabilidade de alguns medicamentos.
produtos esperados	Cognitivos - elaboração do projeto de adequação Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros - aumento da oferta de exames, consultas, medicamentos;
recursos necessários	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
viabilidade do plano - recursos críticos	Prefeito Municipal (Favorável). Secretário de Saúde (Favorável). Coordenador da unidade básica de Saúde (Favorável)
controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação da rede (unidade e estrutura de serviço).
acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Coordenador da ABS e Equipe Multidisciplinar de Saúde
gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses e finalização em oito meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, nota – se uma fragmentação do sistema de saúde que ainda é um grande desafio a ser superado, tanto no Brasil e no mundo, quanto na saúde dos povos indígenas, no qual é visualizado que a cada dia existe uma proximidade maior com povos não indígenas, possibilitando maior acesso ao consumo de alimentos industrializados e tendo maior praticidade.

Em virtude dos fatos mencionados todo o processo para realização do estudo foi identificado, através dos instrumentos de avaliação discernidos pelas doenças crônicas não transmissíveis ainda se apresentarem como um problema de saúde pública no mundo, Brasil e na saúde dos povos indígenas, sendo possível constatar através dos dados obtidos pelo SIASI E SISVAN WEB e alguns artigos, que as doenças mais identificadas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade.

Dessa forma, ao citar tais doenças, observa – se que uma doença leva a outra e que o controle dessas DCNT's são ferramentas indispensáveis para o acompanhamento de forma holística do usuário, servindo de base para seu tratamento e avaliação de qualidade. Por fim, para que esse instrumento sirva como ferramenta efetiva no atendimento e controle é necessário que as ações sejam implementadas de acordo com a realidade vivenciada pela equipe multidisciplinar de saúde, especialmente pelo médico e pela enfermeira. Portanto, a partir do uso contínuo da ferramenta espera-se um novo modelo de atendimento qualificado e mais humanizado, pois “se gasta mais tempo olhando” para o usuário, não deixando lacunas em informações importantes para o seu tratamento.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 Junho. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

LOPES, H. F. V. **PREVALÊNCIA DA OBESIDADE NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA. MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA**. SÃO PAULO 2014. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/541/2/045187273.pdf>.

MASCARENHAS, J. C; BELTRÃO, B. A; JUNIOR, L. C.S. **Projeto Cadastro de Fontes de Abastecimento por Água Subterrânea Estado de Alagoas**. Diagnóstico do município de Traipu, Recife, Agosto, 2005. Disponível em: https://rigeo.cprm.gov.br/jspui/bitstream/doc/15417/1/rel_cadastrros_traipu.pdf. Acesso em: 2 de abril

Perfil Municipal. V. 4, nº 4, 2013 - Maceió: **Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio**, 2018. v: il Color.; 21cm. Disponível em: <traipucmp2018.pdf> (<dados.al.gov.br>). Acesso em: 2 Julho.