

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

MAYARA REGINA SILVA BEZERRA

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ALAGOAS

Maceió

2020

Mayara Regina Silva Bezerra

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ALAGOAS

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

Orientador: Mestra Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

Maceió

2020

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

Bibliotecário Responsável: Jone Sidney A. de Oliveira – CRB-4 - 1485

B574e	<p>Bezerra, Mayara Regina Silva.</p> <p>A educação em saúde para melhoria na qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos de uma unidade de saúde de alagoas. / Mayara Regina Silva Bezerra, - 2021.</p> <p>51 f. : il. col.</p> <p style="text-align: center;">Orientador: Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima.</p> <p style="text-align: center;">Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021.</p> <p style="text-align: center;">Bibliografia: f. 43 - 50. Apêndice: f. 51.</p> <p style="text-align: center;">1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Educação em Saúde. 4. Qualidade de Vida. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 614:37</p>
-------	---

Folha de Aprovação

AUTOR: Mayara Regina Silva Bezerra

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ALAGOAS

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 14 de Abril de 2021.

*Viviane Vanessa R. da Silva
Santana Lima*

Profa. Ma. Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

Examinador/a:

Fernanda S. Monteiro

Fernanda da Silva Monteiro

Agradecimentos

Esse projeto de intervenção nasceu regrado de muitas superações... Em meio a uma pandemia, trabalhando na linha de frente do COVID, contaminação pelo vírus, familiares acometidos pelo COVID, crises de ansiedade e muitas angustias. Diante de todo esse caos vivenciado, nasceu esse projeto. E com ele minha imensa gratidão a Deus que esteve comigo durante toda essa trajetória.

Gratidão aos meus familiares que sempre me apoiaram e incentivaram minha carreira acadêmica. E um agradecimento muito especial a “minha enfermeira e tutora presencial”, Ticiane, que me ajudou durante toda a jornada dessa especialização. Foi ela quem tirou dúvidas, compartilhou livros, dividiu conhecimento e me abraçou como uma aluna. Sou imensamente grata por acolher minhas dúvidas e sempre contribuir para uma saúde pública inclusiva e de qualidade para todos os pacientes do ESF João Moreira.

Não poderia deixar de agradecer a toda “minha família” João Moreira, que sempre esteve disponível com dados de cadastros e auxiliou para a concretização de mais essa etapa da minha vida.

Meus sinceros agradecimentos à Universidade Federal de Alagoas por sempre nos incentivar e proporcionar o engrandecimento de conhecimento.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da UFAL por nos proporcionar essa especialização e por todo acolhimento ofertado por todos os professores durante o curso.

Agradeço imensamente à minha orientadora Viviane Rodrigues, por toda paciência, disposição em ajudar e por me ajudar a encontrar as palavras certas, me orientando nesse caminho de construção desse projeto.

Lista de Siglas

AIDS– Síndrome da imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

AVEH - Acidente Vascular Hemorrágico

AVEI - Acidente Vascular Isquêmico

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BB - Betabloqueadores

BCC - Bloqueadores de Canais de Cálcio

BRA - Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

DCNT – Doenças Crônicas Não- transmissíveis

DCVS- Doenças Cardiovasculares

DIU - Anti-hipertensivos Diuréticos

DM – Diabetes Mellitus

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DRC - Doença Renal Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

E-Sus- estratégia do Departamento de Atenção Básica

FA - Fibrilação Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1c - Hemoglobina Glicada

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Insuficiência Cardíaca

IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

NaCl- Cloreto de Sódio

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Distólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PEC- Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNH – Política Nacional de Humanização
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
QV- Qualidade de Vida
RI- Resistência à Insulina
SAD- Serviço de Atenção Domiciliar
SI- Síndrome Metabólica
SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

1.2 O sistema municipal de saúde

1.3 Aspectos da comunidade

1.4 A Unidade Básica de Saúde João Moreira

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde João Moreira

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde João Moreira

1.7 O dia a dia da equipe

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

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

2 JUSTIFICATIVA

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

3.2 Objetivos específicos

4 METODOLOGIA

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 REFERÊNCIAS

9 APÊNDICES

RESUMO

A hipertensão arterial (HA) e a diabetes mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas doenças ocorrem com maior prevalência em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, no qual a desigualdade social e a falta de investimento em políticas públicas preventivas dificultam a efetivação dos programas de prevenção e combate a essas enfermidades. O presente trabalho é resultado da identificação do alto índice de hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família João Moreira que apresenta outros agravantes como as comorbidades, internações e óbitos na área de abrangência territorial da equipe de saúde. Os objetivos deste projeto são a realização de educação em saúde e a criação e implementação de grupos de atenção destinados a pacientes hipertensos e diabéticos. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional realizado a partir da análise territorial. Este trabalho propõe um planejamento que promova a adesão dos usuários e impacte positivamente na busca da mudança do estilo de vida, além de motivar a equipe de saúde da unidade para aderir ao trabalho com grupos como uma efetiva ação de prevenção na comunidade, entendendo que o enfrentamento dessas doenças crônicas pode incentivar o rompimento do senso comum que naturaliza estas doenças nesta comunidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM) are part of a class of chronic non-communicable diseases (CNCD). These diseases occur with greater prevalence in developing countries, as in the case of Brazil, in which social inequality and the lack of investment in preventive public policies hinder the implementation of programs to prevent and combat these diseases. The present work is the result of the identification of the high index of hypertensive and diabetic individuals in the João Moreira Family Health Strategy, which presents other aggravating factors such as comorbidities, hospitalizations and deaths in the area of territorial coverage of the health team. The objectives of this project are the realization of health education and the creation and implementation of care groups for hypertensive and diabetic patients. The methodology used was the Situational Strategic Planning carried out from the territorial analysis. This work proposes a planning that promotes users' adherence and positively impacts the search for lifestyle changes, besides motivating the unit's health team to adhere to working with groups as an effective preventive action in the community, understanding that the coping with these chronic diseases can encourage the breakdown of the common sense that naturalizes these diseases in this community.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy. Health education.

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O Município de Maceió está localizado no Estado de Alagoas e possui uma densidade demográfica de 1.989,57 hab/km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) . Estima-se que menos de 0,01% da população ainda reside na zona rural. É o município mais populoso do estado, representando aproximadamente, 29,94% da população de Alagoas. Possui uma área territorial total de 509,552 km/m² dividida em 51 bairros, sendo esses subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para a oferta das ações e serviços à população (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, MACEIÓ 2018).

A cidade de Maceió se originou num engenho de cana-de-açúcar denominado Engenho Massayó. O desenvolvimento urbano e o grande fluxo de exportação que aconteciam no Porto de Jaraguá, onde atracavam os navios, impulsionou o desenvolvimento do povoado, contribuindo assim para a emancipação política do estado de Alagoas em 1817 (ADEMIR, 1996).

Devido à prosperidade da vila de Maceió, graças ao seu Porto em Jaraguá, surgiram os indicativos de que a capital do Estado seria transferida da cidade de Marechal Deodoro para Maceió, o que se concretizou no ano de 1839 e a partir de então, o desenvolvimento administrativo da cidade cresceu e deu início ao processo de industrialização e implementação do comércio na cidade (ADEMIR, 1996).

Os aspectos culturais da cidade de Maceió são representados pelo artesanato, com suas famosas rendeiras do Pontal da Barra e por seus folguedos e vaquejadas (MENDONÇA, 2019).

A economia da capital alagoana é diversificada e se baseia no turismo, setor industrial e setor agrícola, com o cultivo de cana-de-açúcar e exploração do salgema, termo empregado para definir a ocorrência de cloreto de sódio, (NaCl), contida em estratos sedimentares em subsolo (JAPIASSÚ, 2015).

Na área da saúde, a cobertura do Estratégia Saúde da Família (ESF) em Maceió é de 31,1% de cobertura, para uma população que em sua maioria sobrevive apenas do SUS. Vale ressaltar que desde quando foi criado, o ESF em Maceió nunca apresentou expansão da área de cobertura (BRASIL, 2015; IBGE, 2015).

De acordo com os dados do Plano Municipal de Saúde para os anos de 2018 a 2021, Maceió é dividida em oito distritos sanitários de saúde que abrangem 36 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 16 Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea, 06 Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional), 01 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho) (PREFEITURA DE MACEIÓ, 2017).

A cidade é a referência no atendimento de consultas especializadas e exames de média e alta complexidade e no atendimento de urgência e emergência do Estado. Devido a sua referência hospitalar, visto que como a cidade é a capital do Estado, os hospitais de referência, UPAS e o PAM Salgadinho; que é a maior Unidade de média complexidade da América Latina, se encontram instaladas no município de Maceió.

Devido a sua estrutura de serviços de saúde, a cidade fica responsável por uma grande demanda de atendimentos, mas não possui suporte suficiente para todos, o que dificulta o acesso aos usuários e os deixam em longas filas de espera para serem atendidos (Pacientes dormem na fila do PAM Salgadinho em Maceió. G1 Alagoas, Maceió, 09 Abr.2013)

terciário estão compreendidos os atendimentos de alta complexidade que são os hospitais, cirurgias e exames mais invasivos.

Os sistemas de apoio buscam a garantia da integralidade do cuidado, ampliando o acesso aos serviços à população e estimulando a participação da sociedade civil. Os sistemas de apoio atuam através das redes de atenção. O sistema logístico ainda é carente no nosso sistema de saúde, visto que a informatização das unidades ainda está sendo implantada para que haja um acompanhamento efetivo dos serviços por parte das entidades e pelos usuários.

O modelo de atenção à saúde predominante em Maceió é o de Atenção Básica com demanda espontânea, visto que no município só constituem 33 unidades de ESF. (SESAU, 2020).

Tomando como referência a diretriz da regionalização do SUS, no âmbito do Estado de Alagoas, Maceió é a sede da 1 macrorregião de saúde e integra, com outros onze municípios, a primeira Região de Saúde. Para garantir a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede ambulatorial própria do SUS, no município de Maceió, é constituída por 75 serviços de saúde para atendimento à atenção primária à saúde e especializada, de média complexidade.

O Sistema de Saúde de Maceió também possui 23 dispositivos de rede própria para o melhor desenvolvimento de ações de atenção à saúde. São eles: 06 Equipes de Consultório na Rua, 08 Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, 06 Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, 03 Equipe de Academia da Saúde, 01 Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, MACEIÓ 2018).

A organização da contra referência nas unidades de saúde em Maceió é bastante deficiente, pois não há um protocolo oficial para os profissionais seguirem. No município ainda está em fase de implantação o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que promete ser um facilitador no acompanhamento dos usuários, uma vez que os dados de ficha e atendimento do paciente ficarão disponíveis no sistema E-SUS e todos os profissionais poderão ter acesso ao histórico.

Ao se analisar as unidades de saúde, é possível a identificação de diversos problemas, no qual destacam-se: a falta de estrutura adequada, profissionais atuantes no ESF sem perfil para esse modelo de atenção, ausência de monitoramento e avaliação, que poderiam servir como base para melhorias das políticas públicas (FACCHINI et al.,2016; SILVA et al.,2014).

1.3 ASPECTOS DA COMUNIDADE

O ESF João Moreira está localizado no quinto distrito sanitário de Maceió, no bairro do Jacintinho. O bairro é o segundo mais populoso da cidade, com uma população estimada de 80 mil habitantes, localizado na periferia da cidade. (PREFEITURA DE MACEIÓ, 2020).

O bairro do Jacintinho foi fundado no início da década de 50 quando pessoas do interior do Estado vieram à Capital em busca de emprego devido a expansão do comércio na capital. Seu nome foi uma homenagem a um rico proprietário, Jacinto Athayde que construiu um casarão no Poço e uma ladeira de pedra que dava acesso ao que hoje é conhecido como bairro do Jacintinho (ADEMIR,1996)

A principal via de acesso ao bairro se dá através da Avenida Cleto Campelo, onde há um grande fluxo de veículos que tornam o trânsito da região bastante caótico, pois também há um grande número de pedestres que circulam ao mesmo tempo que os carros.

A essencial fonte de empregabilidade do Jacintinho são os empregos informais, principalmente feirantes/ambulantes. E foi através do enorme agrupamento dessas pessoas que a avenida passou a ser conhecida como feirinha do Jacintinho. A feira também possui uma ampla variedade de segmentos do comércio na região, o que justifica o seu enorme número de habitantes.

O bairro do Jacintinho possui saneamento básico e coleta de lixo em grande parte da sua área, porém nas regiões mais vulneráveis do bairro, que são as consideradas grotas, esse serviço ainda é deficitário, devido à dificuldade de acesso.

Diante disso, vale destacar que a USF João Moreira está localizada dentro da Grotão do Moreira e recebeu recentemente obras de infraestrutura de terraplenagem, o que contribui com a redução de doenças e transbordamentos de águas nos períodos chuvosos. Em 2019 a área também foi contemplada com o Programa Nova Maceió, que reestruturou a iluminação e promoveu a instauração de campos sintéticos para futebol, academia e parque infantil produzidos com material sustentável (PREFEITURA DE MACEIÓ, 2019).

Figura 2– Localização da Unidade Básica de Saúde João Moreira diante da área de abrangência.



Fonte: Google maps, 2020.

1.4 A Unidade Básica de Saúde João Moreira

O ESF João Moreira foi inaugurado no dia 27 de setembro de 2004 e trouxe esperança para a solução das demandas da comunidade. Apesar da sua estrutura precária, a relação com os usuários da unidade é bastante satisfatória, visto que os usuários possuem facilidade para marcar consultas e realizar exames na unidade.

A unidade possui duas equipes de atenção aos usuários: Equipe 60 e 61. Fica situada no Bairro do Jacintinho próximo à sua avenida principal, na entrada da Grota do Moreira, o que facilita o acesso dos moradores cadastrados, visto que o posto de saúde é localizado dentro da própria área de abrangência.

A infraestrutura da unidade de saúde é precária, uma vez que o seu prédio de funcionamento é uma casa alugada, que não pode ser reformada, contendo apenas uma recepção, sala para vacina, dois consultórios médicos, uma sala para pré-consulta, uma sala para curativo e uma sala para agendamento de consultas que também funciona como direção e setor administrativo de digitação de ESUS. Não existe sala de reuniões, as mesmas ocorrem no quintal da unidade, onde em uma mesa utilizada que já é utilizada de forma improvisada para a realização das refeições dos funcionários.

A região da Grota do Moreira que é onde a unidade está localizada conta com um centro comunitário que tem como fundadora uma das agentes de saúde da própria unidade. A associação comunitária já serviu como funcionamento do posto de saúde durante a reforma do mesmo. Portanto, além de ser uma associação dentro da comunidade e que temos todos os aspectos favoráveis para utilização, ela poderia servir como local de funcionamento para os grupos.

Os principais problemas da unidade são relacionados a sua estrutura física, o que impossibilita diversas vezes que as equipes realizem ações com a comunidade e ampliem sua agenda de atendimentos, uma vez que a estrutura física não suportaria.

A sala de espera possui a capacidade de 14 pessoas e fica localizada em frente ao consultório médico e a sala de pré-consulta. As atividades na sala de espera geralmente são realizadas pelas enfermeiras e os estagiários, na qual são fornecidas informações sobre prevenção e geralmente ocorrem antes da realização dos exames de citologia e teste rápido.

Quadro 1. Aspectos epidemiológicos dos usuários cadastrados no ESF João Moreira

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes (adolescentes e adultas)	54
Hipertensos	1.834
Diabéticos	715
Doenças Respiratórias	54
AVC	78
Infarto	25
Doença Cardíaca	95
Doença Renal	21
Hanseníase	0
Tuberculose	4
Câncer	26
Sofrimento Mental	183
Acamados	36
Fumantes	352
Usam Álcool	695
Usuários de Drogas	55

Fonte: ESUS, 2020

1.5 A equipe de Saúde da Família do ESF João Moreira

O ESF João Moreira possui duas equipes de saúde denominadas de equipe 61 e equipe 62. Cada equipe é composta por seis agentes de saúde, um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem. Totalizando 12 agentes na unidade, 02 médicos generalistas, dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem.

Também fazem parte da Unidade cinco auxiliares administrativos que exercem as funções na recepção, arquivo, digitação e agendamento do Complexo Regulador Assistencial de Maceió (CORA), uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia, dois funcionários dos serviços gerais e uma diretora administrativa.

A ausência de um profissional da odontologia, o perfil dos profissionais lotados na unidade e a falta de capacitação dos mesmos também são considerados como fatores que dificultam o trabalho na unidade de saúde.

1.6 O funcionamento do ESF João Moreira

O ESF João Moreira não possui atendimento de demandas, pois ela é exclusivamente de saúde da família. Na unidade de saúde são desenvolvidos atendimentos de pré-natal, puericultura, controle de câncer de mamas, citologia, atendimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, atendimento de tuberculose, hanseníase, pesagem das crianças para o Bolsa Família, acompanhamento das crianças, realização de testes rápidos para Hepatite B, AIDS, Sífilis e trabalhos de educação em saúde, que são realizados na sala de espera dos pacientes que irão para a consulta médica.

As visitas domiciliares são divididas por agentes de saúde e são realizadas regularmente para os pacientes acamados e domiciliados, através das demandas trazidas pelos agentes comunitários de saúde, advindas de suas visitas na área de abrangência.

O trabalho com os grupos na unidade não existe sobretudo devido à falta de estrutura física da unidade a desmotivação dos profissionais pela própria falta de estrutura que os obriga a trabalhar das 07:00 às 17:00 horas todos os dias, sem condições adequadas e a um sentimento de desvalorização por parte da gestão.

1.7 O dia a dia do ESF João Moreira

A unidade de saúde funciona das 07:00 às 17:00 horas. O ESF não fecha para horário de almoço, no entanto os atendimentos da manhã se encerram às 12:00 horas e as fichas para atendimentos da tarde são entregues às 13:00 horas. A unidade dispõe de duas médicas e duas enfermeiras, e cada profissional possui sua agenda própria para marcações de atendimento. Devido a essa falta de estrutura adequada para atendimentos, as profissionais se reúnem para a realização das suas agendas.

Os agendamentos das consultas médicas ocorrem de forma semanal às quintas e sextas-feiras e os agendamentos das enfermeiras ocorrem diariamente até o encerramento das vagas. As enfermeiras são responsáveis pelos atendimentos de Saúde da mulher, Pré-natal, Crescimento e Desenvolvimento das crianças até os 02 anos de idade, realização de citologia e teste rápido para HIV, sífilis e hepatite B. Os retornos das pacientes do Pré-natal são agendados na própria caderneta da gestante pela enfermeira, assim como as consultas de Crescimento e Desenvolvimento.

As médicas da unidade são responsáveis pelos atendimentos de Pré-natal, Clínica médica e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Os horários de atendimento não são fixos devido à necessidade de rodízio do único consultório médico da unidade, no entanto, os atendimentos clínicos geralmente ocorrem às segundas, quartas, quintas e sextas no horário da manhã. Os hipertensos e diabéticos são atendidos em dias fixos que são às terças-feiras.

A maior parte do atendimento da unidade ocorre via agendamento antecipado na recepção do posto de saúde. Mas há casos de emergência em que o paciente é encaixado para atendimento no mesmo dia de acordo com as necessidades apresentadas. As visitas domiciliares ocorrem no período da tarde por conveniência dos pacientes e menor fluxo de atendimentos na unidade.

A organização da agenda das enfermeiras é realizada através de reuniões semanais com toda a equipe, a partir das demandas que os agentes de saúde trazem.

Não existem datas específicas para a realização de reuniões com a equipe. No entanto, elas ocorrem quinzenalmente, onde são apresentadas as demandas encontradas nas visitas domiciliares e a partir desse levantamento é que são priorizadas as demandas mais urgentes a serem resolvidas.

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

Através da avaliação do território de abrangência, foi possível identificar que as principais causas de óbitos e internações na área de atuação do ESF são as doenças crônicas. Os principais problemas de saúde da população cadastrada são: as doenças crônicas, como a Hipertensão, constituem de 1.834 usuários e Diabetes são constituídos de 715 usuários), gravidez na adolescência (38 gestantes até novembro/2020) e usuários com diagnóstico de sofrimento mental (183 usuários).

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

Principais problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção
Risco cardiovascular aumentado devido a presença de hipertensos e diabéticos descompensados	Alta	8	Parcial	1

Sobrepeso/ Obesidade	Alta	8	Parcial	2
Violência e uso de Drogas	Alta	5	Fora	2
Consumo de medicamentos controlados de forma exacerbada	Alta	5	Parcial	4
Estrutura física inadequada	Alta	4	Fora	4

* Varia entre Alta, média ou baixa

**Pontos distribuídos em "Urgência": deve totalizar 30

*** Varia entre Total, parcial ou fora

Devido a pandemia de COVID que nós profissionais de saúde enfrentamos, a rotina no local de trabalho foi alterada e a equipe não conseguiu se reunir com a mesma frequência devido a limitação que a unidade de saúde apresentava e para diminuir os riscos de aglomeração. Portanto, a priorização dos problemas foram selecionadas de acordo com a vivência pessoal da autora em seu ambiente de trabalho e com os levantamentos encontrados por meio do Esus.

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, diante da necessidade de mudanças nos padrões de vida e de redução das desigualdades em saúde, se faz necessário o desenvolvimento de ações que promovam a prevenção de doenças e que visem atender as necessidades da população (BARRETO, 2005).

O perfil epidemiológico da população brasileira sofreu diversas modificações nas últimas décadas e encontrou nas Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) uma das maiores causas de mortalidade no país. (PEREIRA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que as doenças crônicas são as principais causas de mortalidade no mundo (SILVA et al.,2006). As DCNT que possuem maior relevância são a hipertensão, diabetes mellitus, neoplasias e as doenças respiratórias crônicas (GOMES, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) estão representadas como um dos principais agravos para o alto índice de mortalidade,

dado que estão relacionadas ao surgimento de outras DCNT (LIMA et al.,2012; REZENDE, 2011).

A HAS é a doença cardiovascular mais frequente na população brasileira. Frente a isso, vale destacá-la como principal fator de risco para a ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio e doenças renais crônicas (BRASIL, 2006).

O número de hipertensos e diabéticos é crescente e seu aparecimento e morbimortalidade se tornaram um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Visto que, com o aumento do envelhecimento populacional temos como consequência o crescimento das doenças crônicas que são justificadas devido a negligência no diagnóstico e as diferentes formas de estilo de vida que ocorrem atualmente **(MENDES, A; MIRANDA, G; SILVA, A. 2016)**.

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral. Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual (SILVA et al., 2006).

Ante o exposto, é importante que o paciente diagnosticado com hipertensão e/ou diabetes tenha uma boa adesão ao tratamento e seja bem acompanhado para evitar complicações inerentes às doenças. Contudo, manter hábitos de vida saudáveis é essencial para neste percurso.

A HAS e o DM são condições inicialmente assintomáticas, altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, trazendo um desafio para o sistema público de saúde, sendo que a cronicidade dessas condições torna este desafio ainda maior. Pensando nisto, em 2002 foi desenvolvido, pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras instituições relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (CASTRO et al, 2010).

Segundo Sartoneli e Franco (2003), um dos principais fatores de risco para o diabetes tipo 2 é a obesidade. Quase 90% dos indivíduos acometidos por esta doença possuem o índice de massa corporal aumentado. De acordo com Mclellan et al (2007), a dieta inadequada aliada a ausência da prática de exercícios físicos contribui para a baixa entrada de glicose nas células, aumentando assim a diminuição da ação da insulina no organismo.

Atualmente é observado um aumento no consumo de produtos industrializados e aliado a isso, as pessoas vivem uma vida cada vez mais sedentária, proporcionada, por vezes, por alterações no trabalho e avanços tecnológicos que consistem em um importante fator etiológico para a geração da obesidade (SARTORELLI e FRANCO, 2003).

Após a identificação do principal problema que acomete os usuários da unidade de Saúde ESF João Moreira e considerando a falta de grupos de atenção aos usuários acometidos pelas doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na hipertensão arterial sistêmica, surgiu o interesse de trabalhar com essa demanda tão relevante e pouco explorada pelos profissionais da unidade desta saúde.

Observou-se a necessidade de se propor um planejamento com estratégias para auxiliar na melhoria na qualidade de vida, monitoramento da doença e proporcionando a mudança de hábitos da comunidade assistida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Geral

Propor um projeto de intervenção para melhorar a qualidade de vida de casos de hipertensos e diabéticos na área da ESF João Moreira, situada no município de Maceió – AL.

3.2 Objetivo Específico

- Propor a criação de um grupo com reuniões periódicas para a promoção e educação em saúde que promovam o autocuidado e autonomia dos usuários.

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; FARIA; SANTOS (2018).

Para revisão bibliográfica, foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, bem como documentos do Ministério da Saúde e outras fontes de busca no período de abril de 2020 à janeiro de 2021.

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

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Política Nacional de Atenção Básica é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Esta Política tem a Saúde da Família possui como estratégia prioritária a expansão e consolidação da Atenção Básica e define a organização em Redes de Atenção à Saúde como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL,2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como uma de suas responsabilidades o desenvolvimento de ações em equipes multidisciplinares, promoção de saúde, prevenção e recuperação de doenças, estabelecendo assim a criação de vínculos com os usuários. Essa interação viabiliza a participação da comunidade nas ações propostas, colaborando para que o plano terapêutico oferecidos seja efetivo (GOMES, 2013).

Entre as ações da ESF está a criação de grupos para estimular a mudança de hábitos e introduzir novos, mais saudáveis como dieta balanceada, prática de atividade física regular, aumento de consumo de alimentos mais naturais, através de orientação e acompanhamento. A criação dos grupos favorece ainda a construção de um relacionamento de confiança mútua e o reconhecimento dos usuários como sujeitos com necessidades individualizadas (GOMES, 2013).

Os grupos de usuários tem grande importância pois são catalizadores de autonomia dos usuários, através dos quais eles os sujeitos se reconhecem como cidadãos de direitos e desenvolvem suas capacidades individuais e coletivas para uma melhoria na qualidade de vida, proporcionando ainda estímulo ao autocuidado e mudanças no estilo de vida dos envolvidos (GOMES, 2013).

5.1 Hipertensão Arterial

Diante do princípio de vigilância em saúde, que é a base da ESF, à atenção e cuidados na promoção em saúde devem ser prioridades. Mas diante das grandes demandas que os profissionais encontram e à sua sobrecarga, as prioridades do cuidado estão relacionadas apenas as ações curativas, deixando questões importantes como a educação em saúde, em segundo plano.

Segundo AMARAL; ANJOS e CAMARGO (2013), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde, devido a sua grande prevalência na população adulta e idosa, à sua alta taxa de mortalidade e os custos hospitalares que esses pacientes que não recebem acompanhamento trazem para a saúde

pública. A HAS ainda tem como consequência, doenças subjacentes e os agravos para o risco de doenças cardiovasculares e os acidentes vascular cerebrais (AVC).

Deve-se enfatizar que:

No Brasil, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios evidenciadas na atenção básica, estão: o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas” (AMARAL; ANJOS; CAMARGO, 2013).

Portanto, o ESF possui papel primordial na contribuição das melhorias no acesso aos serviços de saúde para os usuários ena introdução do foco da atenção centralizada na família e não apenas no indivíduo.

Segundo Barroso et al. (2020), a Hipertensão Arterial é estabelecida através do crescimento persistente da pressão arterial (PA), ou seja, a PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e a PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, verificadas em pelo menos duas ocasiões diversas. Na qual é aconselhado o acompanhamento nas unidades de saúde, através da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

A HAS é uma doença silenciosa e muitas vezes assintomática, e por isso frequentemente evolui para outros órgãos-alvo, como o coração, cérebro, rins e vasos, tornando-se assim o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação arterial (FA), acidente vascular encefálico (AVE), acidente vascular isquêmico (AVEI), acidente vascular hemorrágico (AVEH) ou morte súbita.

Ainda segundo Barroso et al. (2020), os fatores de risco para a HA podem estar relacionados à genética, etnia (não se aplica ao Brasil), sobrepeso/obesidade, sedentarismo, álcool, fatores socioeconômicos (baixa escolaridade e condições habitacionais inadequadas), sexo (os homens apresentam maior elevação pressórica do que as mulheres) e o envelhecimento. A questão do envelhecimento se torna um problema ainda mais alarmante devido ao momento da transição epidemiológica em que o Brasil se encontra, com um número de idosos acima dos 65 anos aumentando substancialmente nas últimas décadas.

Devido à sua condição assintomática, o diagnóstico da HAS demora para ser realizado, dificultando assim a adesão dos pacientes aos cuidados. Portanto, a melhor opção ainda é a prevenção dos fatores de risco, que são:

- **Controle da Obesidade Abdominal** → Já que quando o paciente diminui seu peso, conseqüentemente há a diminuição da PA;
- **Dieta Saudável** → Baseada na diminuição do consumo de gorduras e baixar o teor de consumo de carboidratos;
- **Sódio** → Seu consumo excessivo é um dos fatores de risco para a elevação da PA. Recomenda-se a ingestão de 2 g/dia.
- **Potássio** → A suplementação de potássio é um importante aliado natural na diminuição da PA. Em virtude disso, é preciso destacar os alimentos em que ele se encontra em maior quantidade. São eles: feijão, ervilha, banana, melão, cenoura, beterraba, tomate, frutas secas, batata-inglesa, laranja e vegetais de cor verde-escura;
- **Atividade Física** → O sedentarismo é um dos dez fatores de risco para a mortalidade em todo o mundo. Diante desses dados é aconselhável que todo adulto pratique atividades físicas durante a semana. Pois além dos benefícios físicos, a prática da atividade física diminui os níveis de PA.
- **Álcool** → Seu alto consumo, eleva os níveis de PA. Devido a isso, sua ingestão deve ser limitada a 30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 ml); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml); = 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente)
- **Fatores Psicossociais** → Quando há o controle emocional, a redução da PA é eficaz.
- **Suplementos Alimentares** → A suplementação de vitamina C, alho, linhaça, chocolate amargo (cacau), soja e ômega 3, reduzem a PA.

- **Tabagismo** → O fumo causa doença e morte cardiovascular. Ele é um fator de risco evitável através da proteção contra o fumo passivo e no controle preventivo de se evitar que o jovem experimente o cigarro. Já que ao experimentar existe um elevado risco de se tornar dependente.

Os programas de educação em saúde desenvolvem ações importantes, pois atuam como uma estratégia de realização de atividades que promovam a conscientização da comunidade como um todo e em especial dos grupos de risco.

Um diagnóstico exato de HAS necessita não apenas da verificação de PA nas consultas médicas. O profissional deve solicitar exames complementares para uma avaliação mais completa do paciente. Neste sentido, durante as consultas, o profissional deve buscar o máximo de informações sobre aquele paciente e os fatores de risco específicos de doenças cardiovasculares para que atuem na prevenção dos mesmos, além da realização do histórico familiar do usuário. (BARROSO et al. 2020).

É recomendado que as pessoas saudáveis, com uma PA considerada normal (120 – 129/ 80- 84 mmHg) verifiquem sua pressão arterial pelo menos anualmente nas consultas médicas. Os pacientes com pré- hipertensão (130 – 139/ 85- 89) devem ter um controle maior da PA para que ela não progrida para uma hipertensão arterial sistêmica (BARROSO et al, 2020).

Para o efetivo controle do HA é necessário um acompanhamento multiprofissional, além de tratamento medicamentoso, pois assim haverá ganho na qualidade de vida e assistência, estimulando a adesão ao tratamento por parte dos pacientes e o resultado disso, é visto no controle das taxas e redução da PA. (BARROSO et al. 2020)

Dente as medidas de controle da HAS, os pacientes devem receber um tratamento de proteção cardiovascular farmacológico para alcançar a meta pressórica (meta de 130 mmHg). Dentre as drogas mais utilizadas pode-se citar:

As cinco principais classes de fármacos anti-hipertensivos diuréticos (DIU), bloqueadores de canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores

da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB) demonstraram reduções significativas da PA comparadas com placebo, acompanhadas de diminuições consideráveis dos desfechos CV fatais e não fatais, benefício relacionado fundamentalmente com a redução da PA (BARROSO et al. 2020)

Entretanto, segundo Barroso et al. (2020), o tratamento medicamentoso se inicia com a combinação de fármacos, que deve ocorrer de forma individualizada, onde se analisa o perfil do paciente e suas doenças associadas.

5.2 Diabetes Mellitus

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde em 2000, o número de portadores de Diabetes no mundo todo era de 177 milhões, com índices que podem chegar a 350 milhões de diabéticos até o ano de 2025. Ao analisarmos as questões macroeconômicas é possível identificar que nos países pobres e em desenvolvimento, o diabetes cresce mais rapidamente, contribuindo assim para a continuação do ciclo da pobreza e exclusão social (BRASIL, 2006b).

Para Toscano (2008), o aumento de portadores de diabetes no mundo está intrinsecamente associado ao estilo de vida, obesidade, sedentarismo e má alimentação.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao *diabetes* variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de *diabetes* e da complexidade do tratamento disponível. Indivíduos com *diabetes* precisam de no mínimo 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não-diabéticos. Além dos custos financeiros, o *diabetes* acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida para doentes e suas famílias. O *diabetes* representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Em 1997 um estudo da *American Diabetes Association* (ADA) estimou em 98 bilhões de dólares os gastos totais, ou seja, gastos diretos em saúde e indiretos, como a perda da produtividade por doença e a morte precoce, atribuíveis ao diabetes (TOSCANO, 2008, p. 886).

Devido à mudança no estilo de vida populacional e a transição epidemiológica que o mundo está enfrentando, há um considerado aumento da prevalência de doenças crônicas como o diabetes, além da HAS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que a alteração glicêmica é o terceiro fator de morte prematura, superado apenas pela HAS e o uso de tabaco. A demora para a detecção da doença é o que eleva o número de internações e de pacientes com complicações associadas à esta enfermidade como doenças cardiovasculares, insuficiência renal, cegueira e amputações não traumáticas dos membros inferiores.

O estudo global Burden of Disease (GBD) aponta que a carga representada pelo diabetes terá maior impacto (em termos de sistema de saúde e sociedade) nos países em desenvolvimento. Em relação ao diabetes, o fenômeno da transição epidemiológica, em termos econômicos, representa uma importante carga tanto nos custos diretos para o sistema de saúde e para a sociedade como nos custos indiretos atribuíveis à mortalidade prematura e as incapacitações temporárias e permanentes decorrentes de suas complicações (Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020).

Os estudos epidemiológicos sobre a história e patogênese do diabetes possuem como base as alterações glicêmicas, no entanto, as últimas décadas preconizaram e incluíram os mecanismos genéticos, ambientais e imunológicos para o seu surgimento. Diante dessa informação, vários estudos encontraram relação do meio ambiente nos períodos iniciais da vida, na qual foi detectado que alguns indivíduos com baixo peso ao nascer, que possuíram elevação dos níveis plasmáticos de pró-insulina, possuem uma maior prevalência de desenvolver diabetes tipo 2 ou a síndrome metabólica. (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

Ainda segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), nos países desenvolvidos o aumento de portadores de diabetes se dá nas faixas etárias mais avançadas devido à sua elevada expectativa de vida. Já nos países em desenvolvimento, que é o caso do Brasil, foi identificado que na faixa etária entre 20 e 44 anos há uma duplicação na prevalência do diabetes.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) E PELO Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira com

18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de diabetes, sendo que 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens, com maior taxa de diabetes (9,6%) nos indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto” (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

Segundo pesquisas do International Diabetes Federation (2017), o Brasil ocupava a 4ª posição dos países da região da América com maior número de pessoas com diabetes, com 12,5 milhões de indivíduos diabéticos na faixa etária de 20 a 79 anos.

As principais complicações decorrentes do diabetes são as doenças cardiovasculares, nefropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. No entanto, geralmente o diabetes está associado a outras morbidades, como a tuberculose, melioidose e infecções pelo vírus da dengue.

O rastreamento do diabetes deve ser realizado em toda população, no entanto, os usuários de alto risco merecem uma maior atenção devido a prevalência da obtenção de diabetes. Para esse rastreamento do público mais vulnerável se faz necessário considerar os seguintes fatores: idade, obesidade, hipertensão arterial, histórico familiar e as comorbidades associadas ao paciente diabético, como as infecções micóticas, hepatite C e as infecções virais crônicas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

Ainda conforme as Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), para a realização do diagnóstico do diabetes, podem ser utilizados os métodos de verificação da glicemia em jejum por meio de aparelhos de monitoração da glicose, exames de sangue que verifique a glicemia pós-sobrecarga alimentar ou a hemoglobina glicada (HbA1c). O teste que diagnostica mais casos é o da glicemia pós-sobrecarga, no entanto, ele é o menos utilizado. Também é importante enfatizar que o intervalo de tempo de repetição dos exames não é exato, mas a recomendação é que em pacientes pré-diabéticos e com fatores de risco ocorra a verificação anualmente dessas taxas para o acompanhamento desse paciente.

Nos exames e rastreamento para DM2, tiveram glicemias de jejum entre 100 e 125 mg/dL, glicemias de 2 horas pós-sobrecarga entre 140 e 200 mg/dL ou, ainda, HbA1c entre 5,7 e 6,5%. Esse conjunto de pacientes apresenta pré-diabetes, condição que não caracteriza uma patologia em si, mas uma condição de alto risco para o

desenvolvimento de DM2 (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

5.2.1 Classificação Etiológica da Diabetes Mellitus

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), existem os seguintes tipos de Diabetes:

- DM tipo 1:
 - Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β (a radiação beta é uma forma de radiação ionizante emitida por certos tipos de núcleos radioativos. Como exemplo podem ser citados potássio-40, carbono-14, iodo-132, bário-126) comprovada por exames laboratoriais;
 - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática
- DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.
- DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio.
- Outros tipos de DM:
 - Monogênicos (MODY);
 - Diabetes Neonatal;
 - Secundário a endocrinopatias;
 - Secundário a doenças do pâncreas exócrino;
 - Secundário a infecções;
 - Secundário a medicamentos.

O diabetes com maior incidência populacional, correspondendo a 95% dos casos de DM, é o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que se identifica com base na forte carga genética associada a fatores ambientais. Seus marcadores não são específicos, o

que leva os profissionais de saúde a associar a doença com outras comorbidades, que pode ser o excesso de peso ou os componentes da síndrome metabólica tais como a hipertensão e a dislipidemia (níveis elevados de lipídios). Com base nesses dados, as intervenções são baseadas em dieta alimentar, atividade física e intervenções farmacológicas (Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

5.3 Síndrome metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é popularmente conhecida como síndrome de resistência à insulina, pois as evidências demonstram que seu mecanismo básico é a resistência à insulina. ASSIS, A et al (2010).

De acordo com ASSIS, A et al (2010), a SM apresenta uma série de fatores de risco para a doença cardiovascular, como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia (triglicérides altos e HDL – colesterol baixo), alterações do metabolismo da glicose (intolerância à glicose ou hiperinsulinemia e resistência à insulina ou diabetes) e microalbuminúria.

Devido as altas taxas de mortalidade ocasionadas pelas doenças cardiovasculares (DCVS) é que o estudo dos seus agentes causadores ganhou prioridade. De acordo com FERNANDES, A. et al (2008), o fator que mais se evidencia é a síndrome metabólica, pois ela integra várias comorbidades fisiopatológicas, tais como: obesidade, dislipidemia, resistência à insulina (RI), hiperinsulinemia, intolerância à glicose e a hipertensão arterial.

A SM é caracterizada por um conjunto de alterações fisiopatológicas que aumentam o desenvolvimento de DCV, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e morte. Os pacientes que possuem a SM possuem indicativos de desenvolvimento de DCV duas vezes maior e cinco vezes maior de desenvolver DM. (ANDRADE, F.; COSTA, A; DUARTE, Y. 2020)

No Brasil o critério proposto para a investigação epidemiológica da SM, é proposto pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2005), que apesar de antiga ainda é utilizada e define a presença de SM através de “três ou mais dos seguintes critérios: obesidade central, hipertensão

arterial, resistência à insulina, lipoproteína de alta densidade (HDL) baixo e triglicerídeos (TG) elevado”.

De acordo com Andrade, Costa e Duarte (2020), diante das alterações e riscos da SM, fica evidenciada que a prática de atividades físicas pode reduzir as chances de seu desenvolvimento. Em virtude de que o sedentarismo é seu fator de risco e a inatividade física também é considerada um grande fator de risco para a mortalidade e no desenvolvimento das DCV e a atividade física atua como um tratamento não farmacológico preventivo para o seu controle.

As condições socioeconômicas demonstram que suas desigualdades sociais associadas ao baixo grau de instrução populacional, aumentam os casos de SM. O que demonstra que é preciso encontrar soluções para que o acesso e a importância da educação básica atuem como mecanismo para a diminuição das desigualdades em saúde. (ANDRADE, F.; COSTA, A; DUARTE, Y. 2020)

5.4 Qualidade de vida

A hipertensão e diabetes são as doenças crônicas mais comuns e o seu tratamento exige introdução medicamentosa, dieta e mudança no estilo de vida. FERREIRA, F. et al (2008).

De acordo com FERREIRA, F. et al (2008), “a qualidade de vida é uma noção eminente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família possui destaque, pois está centrada na promoção da qualidade de vida (QV), pois a equipe atua com a criação de vínculos entre o usuário e a ESF para que ocorra uma maior aceitação da comunidade aos tratamentos e a conscientização da mesma, sobre a importância do autocuidado.

Uma das ações realizadas nos ESFs são os programas de Hiperdia, que possuem o objetivo de acompanhar esses pacientes e facilitar na aquisição medicamentosa de forma acessível e gratuita.

FERREIRA et al (2008), ressalta que “para a garantia da QV, é importante investir na prevenção da hipertensão e do diabetes mellitus, evitando agravos, hospitalização e conseqüentemente gastos públicos”.

Segundo Gonçalves (2004), a compreensão da qualidade de vida está relacionada ao estilo de vida do indivíduo, caracterizando-se assim com os seus hábitos, realidade social, ambiental e familiar, que são refletidos através dos seus comportamentos, valores e oportunidades de vida. Visto que, o seu bem-estar, nutrição adequada, atividades físicas e cuidados preventivos com a sua saúde são reflexos de qualidade de vida.

O estabelecimento do padrão de vida ocorre de acordo com a sociedade que o sujeito está inserido e é essa cultura imposta que vai determinar o grau de satisfação mediante a aquisição de bens materiais (MINAYO, M. et al. 2000).

De acordo com GUTIERREZ; MARQUES (2012), de forma consciente e muitas vezes inconsciente, o indivíduo é levado a seguir os padrões criados pela sociedade em que vive, pois é esse padrão que é visto como confortável e é mostrado como dependente exclusivo dos esforços individuais do sujeito. Isso exclui a responsabilização que o Estado precisa ter para a garantia do acesso a essas práticas saudáveis para a população e na oferta de condições que garantam qualidade de vida aos sujeitos através do acesso aos serviços de saúde de qualidade, educação, transporte, acesso à alimentação, moradia e saneamento básico.

Em concordância com Gonçalves (2004), fica perceptível a influência do capitalismo na implantação de uma culpabilização da vítima, na qual sua qualidade de vida está relacionada às suas ações individuais para a adoção de hábitos saudáveis. Impondo assim a exclusividade de colocar essas ações em prática, no sujeito. Essa estratégia utilizada serve como um controle social e mascara a mudança do papel dos órgãos, que divulga ações individuais para a mudança de vida, no lugar de proporcionar políticas públicas que possibilitem que o sujeito possua horas do seu dia para a realização das suas atividades físicas.

“Uma boa percepção de qualidade de vida dependerá das possibilidades que tenham as pessoas de satisfazer adequadamente suas necessidades fundamentais. Isso se liga à capacidade de realização individual, que é dependente das oportunidades reais de ação do ator social. Ou seja, uma boa ou má percepção sobre a vida é relativa à qualidade do ambiente em que se encontra o sujeito, ao oferecimento de condições de realização e de satisfação das necessidades básicas que a própria sociedade estipula como essenciais, e que o interessado toma e deseja, ou não, como verdade para sua própria vida”. (ANDRADE; COSTA; DUARTE, 2020).

Independente da convicção que o sujeito adotar, a noção da qualidade de vida sempre estará relacionada à saúde e à prática de atividades físicas, que estão intrinsecamente ligadas aos aspectos físicos, emocionais e na garantia do bem-estar do indivíduo. Uma vez que “a saúde é definida como um estado amplo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades” (OMS, 2006).

“O estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, se apresentando como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo. É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido”. (ANDRADE.; COSTA; DUARTE, 2020).

Em concordância com Nahas, (2001), as melhorias na qualidade de vida vão depender do acesso à informação do indivíduo e as suas oportunidades para a prática de exercícios físicos, que só se tornarão realidade através do apoio socioeconômico para que assim ocorra sua mudança de comportamento.

Na sociedade em que estamos inseridos, a atividade física não só assegura melhorias no estado de saúde, como também é eficaz no controle do estresse e para os fins estéticos que os indivíduos tanto buscam (LOVISOLO, 2002).

Para a adoção de um estilo de vida saudável, a prática de atividades físicas deve ser realizada levando em consideração as condições de vida e a saúde do sujeito. Retirando-o assim da sua vida sedentária e o levando a adquirir o hábito de se movimentar como um impulsionador nas melhorias do seu quadro de saúde. (ANDRADE; COSTA; DUARTE, 2020).

6 Plano de Intervenção

Esse projeto possui a finalidade de trabalhar a Educação permanente em saúde com os agentes de saúde, que são os profissionais que possuem maior vínculo com a comunidade, capacitando-os para melhorar o atendimento aos usuários, estimulá-los a participar de grupos de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos no ESF João Moreira.

Essa proposta de intervenção surge a partir da priorização dos seguintes problemas identificados: alto índice de hipertensos e diabéticos e a falta de instrumentos e incentivo à Educação permanente em Saúde.

6.1 Descrição do Problema Selecionado

Grande número de hipertensos e diabéticos entre os usuários da unidade de saúde e a falta de grupos de atenção à saúde para trabalhar essa demanda na busca por mudanças de hábitos de vida dos usuários e a Educação em saúde nos profissionais.

6.2 Explicação do Problema Selecionado

Com base nas informações colhidas no ESUS (Novembro, 2020), O ESF João Moreira possui 7.311 indivíduos cadastrados, sendo 1.834 pessoas acometidas por hipertensão e 715 pela Diabetes Mellitus.

Entre estes usuários acometidos por hipertensão e diabetes, existe um agravante, muitos não realizam acompanhamento médico e são faltosos na unidade de saúde.

Partindo desse levantamento de dados, foi identificado que os pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes recebem acompanhamento de consulta médica a cada três meses, porém não há atividades de apoio para o

acompanhamento destes usuários, com atividades para além do tratamento medicamentoso, como grupo de apoio, estímulo a mudança dos hábitos de vida e inserção de atividades físicas e mudança na alimentação.

Acredita-se que com a formação de grupo de apoio com atividades mensais, o usuário cadastrado portador de HAS e/ou DM receberá um acompanhamento mais intensivo, fortalecendo o vínculo com a unidade ao tempo em que os capacita para tomar decisões mais conscientes, transformando-se em sujeito ativo no processo de obtenção da saúde, engajando-o nas atividades de auto cuidado que sem dúvida refletirá na melhoria geral do seu estado de saúde.

Portanto, diante desses dados e partindo do pressuposto do ESF como atua como um “conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção de saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação” se encaixa como um excelente espaço para o cuidado dos pacientes hipertensos e diabéticos. (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA , 2011, p.931).

Mesmo com a unidade sem espaço físico, temos a associação comunitária localizada na própria grota do moreira, que é bastante favorável para a realização desse projeto de intervenção, visto que a organizadora é uma das agentes de saúde da unidade de saúde e também é morado da comunidade.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

Para este estudo foram selecionados quatro nós críticos:

- Baixa adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento farmacológico.
- Falta de grupo de atenção voltado aos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Educação em Saúde insuficiente para os profissionais de saúde;
- Estrutura física inadequada da unidade de saúde.

6.4 Desenho das operações sobre o nó- crítico- operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão.

Nó Crítico 01	Baixa adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento farmacológico.
Operação	Informar aos pacientes sobre os riscos e complicações da não adesão ao tratamento ocasiona a diminuição na qualidade de vida
Projeto/ resultados esperados	Usuários hipertensos e diabéticos praticando ações que melhorem sua qualidade de vida e realizando seus acompanhamentos regularmente. Aumento da adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento farmacológico.
Produtos Esperados	Sala de espera sobre a importância da continuidade do tratamento e das mudanças necessárias para a melhoria na qualidade de vida.
Recursos Necessários	Cognitivo: Informar a população sobre a temática e sua importância.

	<p>Organizacional: Construir uma “escala” de condutores da atividade a cada dia</p> <p>Financeiro: impressos sobre o tema</p>
Recursos Críticos	Falta de estrutura física de acolhimento.
Viabilidade do Plano: controle dos recursos críticos	<p>Parceira com o Ginásio Arivaldo Maia (favorável)</p> <p>Parceria com a Associação comunitária da Grotta do Moreira (favorável)</p>
Viabilidade do Plano: ações estratégicas	<p>Reuniões intersetoriais entre a direção da unidade e os funcionários.</p> <p>Articulação com Instituições de ensino de saúde e outros profissionais para conseguir palestrantes.</p> <p>Execução de sala de espera para os usuários hipertensos e diabéticos.</p>
Responsável	Enfermeira Ticiane Rosa e agentes de saúde Ana Lúcia e Jociele.
Prazo	Reuniões mensais na segunda quarta-feira do mês.
Gestão do Plano	<p>Campanhas educativas com os usuários; capacitação dos agentes de saúde;</p> <p>Inclusão de horário estendido ou um horário de atendimento um dia do final de semana para os pacientes impossibilitados</p>

	de comparecer a unidade no horário de atendimento convencional.
--	---

Nó crítico 02	Inexistência de um grupo de apoio voltado aos usuários hipertensos e diabéticos.
Operação	<p>Convidar os usuários.</p> <p>Organizar um cronograma de reuniões periódicas.</p> <p>Realizar o planejamento das ações para cada reunião.</p>
Projeto/ resultados esperados	Grupo formado e com usuários inscritos participando ativamente das atividades propostas.
Produtos Esperados	Criação de um grupo de atenção voltado para os usuários com hipertensão e diabetes.
Recursos Necessários	<p>Cognitivo: informações sobre o tema e as estratégias necessárias para transmiti-las/divulga-las de forma didática.</p> <p>Organizacional: disponibilidade de espaço físico na unidade de saúde para realizar as atividades do grupo.</p> <p>Político: adesão do gestor da unidade e dos demais profissionais.</p>

Recursos Críticos	Adesão dos profissionais da equipe e alguém que possa tomar a decisão de iniciar o grupo.
Viabilidade do Plano: controle dos recursos críticos	Gestora da Unidade de saúde (favorável) Enfermeiras (favorável).
Responsável	Enfermeiras: Ticiane Rosa e Estefania Ramires.
Prazo	Reuniões mensais na segunda quarta-feira do mês.
Gestão	O acompanhamento do grupo será realizado através de reuniões ordinárias com a equipe.

Nó crítico 03	A inexistência da Educação Continuada para os profissionais de saúde.
Operação	Sensibilizar os profissionais do ESF sobre a importância da capacitação para que eles estejam aptos para os novos desafios que surgirem.
Projeto/ resultados esperados	Profissionais capacitados em saúde da família e que realizam atividade de educação em saúde geram maior eficácia no atendimento à comunidade e resolução de problemas, diminuindo assim as filas para agendamento de consultas para

	problemas simples.
Produtos Esperados	Implantar oficinas de capacitação mensais, organizadas de forma que a cada profissional seja responsável por um dos temas.
Recursos Necessários	Cognitivos: aprofundamento sobre as mudanças na atenção à saúde da família e buscar estratégias para adesão dos profissionais Organizacional: disponibilidade de espaço físico na unidade para a realização das atividades de educação continuada. Político: adesão dos profissionais.
Recursos Críticos	Adesão dos profissionais
Viabilidade do Plano	Gestora da unidade de saúde (favorável) Enfermeiras (favorável)
Responsável	Enfermeira Ticiane Rosa e Médica Ana Laura Soriano.
Prazo	Início em 2 meses, prazo para término em 2 meses.

7 Considerações Finais

Este trabalho buscou contribuir para melhorar a promoção e prevenção à saúde no atendimento do ESF João Moreira. Através da realização do planejamento estratégico foi possível identificar os pontos críticos que entravam o desenvolvimento de ações na unidade.

Com base no Planejamento Estratégico Situacional, ficou evidenciado que as ações propostas só serão possíveis com os investimentos necessários na unidade e programas de saúde, uma vez que a insuficiente estrutura física da unidade diminui o número de atendimentos e dificulta a realização de ações como o do HIPERDIA, o que contribui para o elevado número de pacientes com essas doenças crônicas.

Algumas ações planejadas já foram implementadas como a realização de cronogramas de reuniões, mobilização em busca de uma estrutura física adequada, capacitações dos ACS e Auxiliares de Enfermagem para que ocorra mudanças e se estabeleçam um novo olhar centrado na população.

Refletir sobre as demandas do ESF e seus desafios permanentes nos leva a concluir que o caminho é árduo e que é necessário muito trabalho e que a administração esteja mais envolvida com a realidade das unidades da saúde, para assim buscar meios de melhorias nas condições de trabalho e no acesso dos usuários no serviço de saúde.

Trabalhar com o Planejamento Estratégico Situacional agregou bastante conhecimento e favoreceu o trabalho na unidade, visto que existiam singularidades que passavam despercebidas e a partir desse curso, pude sair da zona de conforto e passar a ampliar meu olhar sobre a comunidade, exercendo minha comunicação em prol de estabelecer ações que impactassem de forma positiva na melhoria dos serviços ofertados, agregando valores aos profissionais da unidade de saúde para os impulsionar no processo de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEMIR, J. História do bairro do Jacintinho. O Jornal, Maceió, 27 Out.1996
Disponível em: <<https://www.correiodosmunicipios-al.com.br/2019/12/programa-nova-maceio-leva-esporte-e-lazer-grota-do-moreira-foto-atila-vieira-secom-maceio-os-moradores-da-grota-do-moreira-no-bairro-jacintinho-tem-uma-nova-opcao-de-lazer-e-esportes-seguind/>> Acesso em: 20/04/2020.

AMARAL, M; ANJOS, F; CAMARGO, R. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.17,n.4, Set 2013. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/892>> Acesso em: 01/03/2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. 2019;42(Suppl 1):S1-193.

ANDRADE, F.; COSTA, A; DUARTE, Y. Síndrome metabólica: inatividade física e desigualdades socioeconômicas entre idosos brasileiros não institucionalizados. **REV BRAS EPIDEMIOL**, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200046/pt>> Acesso em: 22/03/2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

ASSIS, A. et al. Fatores associados à Síndrome Metabólica em trabalhadores administrativos de uma indústria de petróleo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Salvador, 23 Abr, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16n8/3443-3452/>> Acesso em: 01/03/2021.

BARRETO, M. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v.22, n.7, Jul 2017. Disponível em: <
<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n7/2097-2108/>> Acesso em:
02/03/2021.

BARROSO WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <
[file:///C:/Users/SMS/Downloads/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/SMS/Downloads/0066-782X-abc-116-03-0516.x14831%20(2).pdf)>
Acesso em: 23/03/2021.

BRASIL. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes.** Editora: Clannad Editora Científica, 2018-2019. Disponível em: <
[file:///C:/Users/SMS/Downloads/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SMS/Downloads/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020%20(3).pdf)>
Acesso em: 23/03/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b: 64p. (Caderno de Atenção Básica;16) (Série A, normas e manuais técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. > Acesso em: 20/04/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002:** cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2474_12_11_2004.html>
Acesso em: 01/03/2021.

BIBLIOTECA IBGE, 2020. BRASIL. Disponível em <
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/alaqoas/maceio.pdf>> Acesso
em 20/04/2020.

CARVALHO FILHA, F.C.C.; FARIA, H.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação
das ações em saúde da família. **Rev Rene**, v.12, n.esp., p..930-6, 2011

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. Hiperdia: Conhecimento da Cobertura do
Programa no Maranhão, São Luís: **Cad. Pesq**, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010.
Disponível em:
<[http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/arti
cle/view/249](http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/articulo/view/249)> Acesso em: 01/03/2021.

FACHINI L, Piccini R, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do
Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. **Ciênc Saúde
Colet**. 2006; 11(3):669-81.

FERREIRA, F. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e
hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto e Contexto-
Enfermagem**. Florianópolis, v.17, n.4, Out /Dez, 2008. Disponível em: <
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-
07072008000400007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007)> Acesso em: 01/03/2021.

FERNANDES, A. et al. Síndrome metabólica : uma revisão dos critérios de
diagnóstico. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.12, n.3, Set, 2008.
Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/283>> Acesso em:
01/03/2021.

GARCIA, Rui. Da esportivização à somatização da sociedade. In: BENTO, Jorge
Olimpio; GARCIA, Rui; GRAÇA, Amandio. **Contextos da pedagogia do desporto:
perspectivas e problemas**. Lisboa: Livros Horizonte, 1999, p.115-163.

GOMES, T.J.O.; Silva, M.V.R.; Santos, A.A.. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.3, p.132-132, 2010.

GOMES, J. I.. **Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família), UNASUS - Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013, 68fs. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/8271578-Melhoria-da-adesao-ao-tratamento-medicamentoso-dos-usuarios-hipertensos-e-ou-diabeticos-da-usf-de-sao-bento-amelia-rodrigues-ba.html>> Acesso em: 01/03/2021.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

GUTIERREZ, M; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em: 23/03/2021.

JAPIASSÚ, L. A. T. **Expansão Urbana de Maceió, Alagoas: caracterização do processo de crescimento territorial urbano em face do plano de desenvolvimento 1980-2000**. Universidade Federal de Alagoas: Maceió, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1313>> Acesso em: 01/03/2021.

LIMA, A.S. et al.. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e diabético. **Saúde Coletiva em Debate**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.29-30, dez., 2012.

LOVISOLO, Hugo. Atividade física e saúde: uma agenda sociológica de pesquisa. In: MOREIRA, Wagner Wey; SIMÕES, Regina (orgs.). **Esporte como fator de Qualidade de Vida**. Piracicaba: Editora Unimep, 2002, p. 277-296.

MACÊDO, D.F. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família: Análise da qualidade dos serviços em Maceió (AL)**. 2016. Dissertação (Pós-Graduação) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5808>> Acesso em 01/03/2021.

MACIEL, M.E. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. **Cogitare Enferm.** 2008. Jul./Set.; 13(3):453-6. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13045/8824>> Acesso em: 01/03/2021.

MCLELLAN, Kátia Cristina Portero et al . Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 5, out. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000500007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em:01/03/2021.

MENDES, A; MIRANDA, G; SILVA, A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.19,n.3, Mai/ Jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 01/03/2021.

MENDONÇA, P. Artesanato genuinamente alagoano difunde cultura e encanta pessoas do mundo todo. Portal Gazetaweb.com, Maceió, 29 Abr. 2018. Disponível em: <<http://gazetaweb.globo.com/portal/especial.php?c=53439>> Acesso em: 01/03/2021.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em < <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> > Acesso em 20/04/2020.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 2, 2001, 48-59.

Pacientes dormem na fila do Pam Salgadinho em Maceió. G1, Maceió, 09 de Abr.2013. Disponível em: > <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2013/04/pacientes-dormem-na-fila-do-pam-salgadinho-em-maceio.html> > Acesso em: 01/03/2021.

PEREIRA, P.M.H.. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Fiocruz, Recife, 2007, 112f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3923>> Acesso em: 01/03/2021.

PREFEITURA DE MACEIÓ, 2019. MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em < <http://www.maceio.al.gov.br/2019/12/programa-nova-maceio-leva-esporte-e-lazer-a-grota-do-moreira/> > Acesso em 20/04/2020.

REZENDE, A.M.B.. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, São Paulo, 2011, 156f. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-27072011-041835/publico/AcaoeducativanaAtencaoBasicaaSaudedepessoascomdiabetesmellitusehipertensaoarterial_tese.pdf> Acesso em: 01/03/2021.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.. Tendência do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, suppl.01, ano 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2003000700004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01/03/2021.

SILVA, T. R. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015> Acesso em: 01/03/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica [Inter net]. Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2005. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.pdf>> Acesso em: 23/03/2021.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Configuração institucional e gestão do sistema único de saúde : problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, Nov 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005> Acesso em: 02/03/2021.

TICIANELLI, 2015 apud COSTA, C et al (1998) **Maceió e os primeiros anos de sua história**. Maceió, 05 dez. 2015. Disponível em <<https://www.historiadealagoas.com.br/maceio-e-os-primeiros-anos-de-sua-historia.html>> Acesso em 20/04/2020.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para a detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.885-895, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0797.pdf>> Acesso em: 01/03/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes [Internet]. Geneva; 2016 [acesso em 2017 jun. 27]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.

APÊNDICES

Apêndice 01 – Quadro de realização do projeto de intervenção com a comunidade da Grota do Moreira

AÇÃO → **Oficina SABER MAIS**

Responsáveis → Enfermeira Ticiane Rosa e Mayara Bezerra

Local → Associação comunitária da Grota do Moreira

Data → Toda segunda quarta- feira do mês

Justificativa → As atividades na oficina possuem o objetivo da interação entre os usuários e a troca de saberes para ajudar no processo do autocuidado.

Metodologia → Explicação sobre a importância do autocuidado e a mudança do estilo de vida na melhoria da qualidade de vida de hipertensos e diabéticos

Recurso Material → Folheto explicativo e atividades de dinâmica para os pacientes (lápiz, caneta, folha, tintas)