

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

MARIZETE DA SILVA SANTOS

**VIDA SAUDÁVEL PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRONICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Maceió

2022

MARIZETE DA SILVA SANTOS

**VIDA SAUDÁVEL PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRONICAS NÃO
TRANSMISSIVEIS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

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: Professor (a) Danielly Santos dos
Anjos Cardoso.

Maceió

2022

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

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

S237v Santos, Marizete da Silva.
Vida saudável para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis : uma proposta de intervenção na atenção básica / Marizete da Silva Santos. – 2022.
28 f. : il.

Orientadora: Danielly Santos dos Anjos Cardoso.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 27-28.

1. Doenças não transmissíveis. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estilo de vida saudável. I. Título.

CDU: 614

MARIZETE DA SILVA SANTOS

VIDA SAUDÁVEL PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

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: Mestre em Enfermagem Fernanda Silva Monteiro

Banca examinadora: Prof. Ednaldo Almeida Gomes, Doutor, Universidade Federal de Alagoas

Professora: Danielly Santos dos Anjos Cardoso, Mestre, Universidade Federal de Alagoas

Aprovado em Maceió, em 29 de março de 2022.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que é o centro da minha vida, por me proporcionar sabedoria e disposição nessa jornada.

Agradeço a minha família, pelo o apoio, estímulo e por estar ao meu lado na trajetória do curso.

À Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pela a oportunidade de fazer o Curso de Especialização Lato Sensu em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Aos professores do Curso, pelas as orientações e troca de conhecimentos.

À prof.^a Danielly Santos dos Anjos Cardoso pelas orientações e apoio na construção desse trabalho.

Ao meu colega de turma Maxsuel Oliveira de Souza pelo apoio e incentivo.

As minhas colegas de trabalho por contribuir e apoiar na construção desse trabalho.

A todos muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu esposo Claudemir dos Santos, pelo apoio, incentivo e amor ao longo dessa jornada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o maior problema de saúde e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida e incapacidades. Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as mais comuns, cujo o tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e mudança do estilo de vida. Este trabalho busca propor um plano de intervenção voltado a promoção de uma vida saudável para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em uma unidade de Saúde da Família. Por meio do Planejamento Estratégico Situacional, foi possível determinar os problemas prioritários da comunidade, para futura intervenção e avaliação. Para fundamentar o estudo foram utilizadas fontes bibliográficas em sites como google acadêmico, Scielo e Ministério da Saúde. A partir dos problemas elencados na referida unidade de saúde, foi proposto um plano de intervenção que contemplasse as necessidades da equipe e da comunidade, a fim de melhorar os hábitos de vida da população.

Palavras-chave: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Atenção Primária à Saúde, Vida Saudável.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are the biggest health problem and have generated a high number of premature deaths, loss of quality of life and disabilities. Among the chronic diseases, arterial hypertension and diabetes mellitus are the most common, whose treatment and control require behavioral changes in relation to diet, medication intake and lifestyle changes. This work seeks to propose an intervention plan aimed at promoting a healthy life for people with non-communicable chronic diseases in a Family Health unit. Through Situational Strategic Planning, it was possible to determine the priority problems of the community, for future intervention and evaluation. To support the study, bibliographic sources were used in sites such as academic google, Scielo and the Ministry of Health. Based on the problems listed in that health unit, an intervention plan was proposed that addresses the needs of the team and the community, in order to improve the population's living habits.

Keywords: Non-Communicable Chronic Diseases, Primary Health Care, Healthy Living.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (Diabetes mellitus)
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde 12, Unidade Básica de Saúde Manoel Jacinto da Silva, município de Teotônio Vilela, Alagoas____

Quadro 2 – Perfil epidemiológico da população assistida pela UBS 12, no município de Teotônio vilela, Alagoas

Quadro 3 – Desenho das operações, viabilidades e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: “DCNT risco cardiovascular”, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município Teotônio Vilela, estado de Alagoas

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de entendimento da comunidade sobre as DCNT” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município de Teotônio Vilela, Alagoas.

Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de uma equipe capacitada e comprometida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município de Teotônio Vilela, estado de Alagoas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde UBS12	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família (UBS12) da Unidade Básica de Saúde Manoel Jacinto da Silva no Município de Teotônio Vilela-AL	16
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe da família UBS 12	16
1.7 O dia a dia da equipe UBS 12	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde de território e da comunidade	17
1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção .	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Atenção Primária a Saúde	20
5.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis	21
5.3 Educação em Saúde	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	23
6.2 Explicação do problema	24
6.3 Seleção dos nós críticos	25
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico- operações, projeto, resultado, e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe um plano de intervenção voltado para melhoria dos hábitos de vida da comunidade com doenças crônicas não transmissíveis atendidas pela UBS 12-Manoel Jacinto da Silva, município de Teotônio Vilela-Alagoas. A análise do perfil epidemiológico e construção do diagnóstico situacional oportunizou conhecer as necessidades da equipe de saúde e da comunidade e priorizar para o plano de intervenção.

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e mudança do estilo de vida. As alterações decorrentes da hipertensão arterial e o diabetes mellitus podem comprometer a qualidade de vida, as ações de saúde devem, portanto, prever uma intervenção adequada com orientações quanto á estratégias de prevenção, ao tratamento ou o reconhecimento da magnitude das complicações que decorrem destas patologias e de suas consequências na qualidade de vida do indivíduo (MIRANZI et al., 2008).

1.1 Aspectos gerais do município

Teotônio Vilela é uma cidade com 44.169 habitantes (segundo estimativa do IBGE para 2019), localiza-se na região mesorregião do leste alagoano e distante aproximadamente 101 km da capital do Estado, Maceió. A cidade ao longo dos anos teve uma expansão populacional significativa, porém não obteve um crescimento socioeconômico e de infraestrutura em nível de Brasil. O município vive basicamente da agricultura, com o cultivo de: milho, feijão, mandioca, entre outros; da pecuária com a criação de: bovinos, suínos, caprinos e aves; do comércio varejista; do funcionalismo público e dos aposentados e pensionistas.

A cidade conta com diversidades de culturas como: quadrilhas juninas, Festa de Santos Reis, Festa de Emancipação Política, Banda Fanfarra e projeto cultural Sexta da Boa Música. Faz parte da cultura da cidade também a feira livre que acontece semanalmente, pois foi a partir da feira livre, em meados dos anos de 1950

que o município surgiu. A feira é parte fundamental da história da cidade, pois a mesma contribui para a geração de emprego e renda.

A cidade conta com o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo composta por 19 unidades de saúde (14 na zona urbana e 5 na zona rural), com cobertura 100% da população.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Teotônio Vilela atua com o sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O sistema municipal de saúde visa à integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, com ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa.

As equipes de saúde da família têm atendimentos de clínica médica/enfermagem e odontológicos, vacina e teste do pezinho, realizam ações de prevenção/promoção de doenças por meio de grupo fixos, sendo esses grupos de hiperdia, gestantes, puericultura, saúde sexual e reprodutiva, tabagismo e também grupo de adolescentes, este último faz ações de prevenção da gravidez na adolescência, através do grupo APAR, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde.

As equipes de saúde têm como referência o HOSPITAL UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS para atendimentos de urgência e emergência, internação com leitos clínicos e pediátricos, além de radiologia, mamografia, eletrocardiologia, endoscopia e ultrassonografia. A Unidade Mista Nossa Senhora das Graças tem como referência o Hospital Geral do Estado em Maceió. O hospital dispõe da maternidade para assistência ao parto normal sem distorcia, para partos mais complexos a referência é a Santa Casa de Misericórdia em São Miguel dos Campos e a Maternidade Santa Monica em Maceió.

Para agendamentos de consultas com médicos especialistas as equipes de saúde contam com uma CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO DE

CONSULTAS, onde são agendadas as consultas para atendimento no próprio município ou em clínicas conveniadas em outros municípios. Os usuários têm como referência o CENTRO DE DIAGNOSTICO para atendimentos com os médicos especialistas e realização de exames.

Para as gestantes a unidade referência é o ESPAÇO VIDA, consultório de atendimento para gestantes, nutrizes e crianças, na qual são ofertados atendimento/acompanhamento com nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiro (a) e médico obstetra, pediatra e testes da linguinha e orelhinha.

Por fim, as equipes contam também com o CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) para acompanhamentos psiquiátricos e psicológicos; o CENTRO de ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) para atendimentos dentários mais complexos; e a CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO para a aquisição de medicamentos do elenco e de alto custo. O município dispõe de uma unidade descentralizada do SAMU.

1.3 Aspectos da comunidade

A UBS 12 – Manoel Jacinto da Silva está localizada no distrito Gerais, região próxima ao centro da cidade, com aproximadamente 2038 habitantes. O distrito faz parte da zona urbana, mas tem características rurais. A UBS tem uma unidade de apoio no povoado Folha Larga e dá assistência ao Centro de Acolhimento a Dependentes Químicos (Nova Jericó).

A população em sua maioria é predominantemente vulnerável em questões sociais, há um índice significativo de analfabetismo, as pessoas vivem basicamente da agricultura e de programas sociais. A comunidade do Bairro Gerais não possui saneamento básico, mas recebe o serviço de coleta de lixo e água encanada. A mesma, conta com uma creche, uma escola de tempo integral, CRAS, academia da saúde, quadra poliesportiva, praças e igrejas. A comunidade tem como cultura as festas juninas e festa de padroeiro.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Manoel Jacinto da Silva (UBS 12)

A UBS 12 – Manoel Jacinto da Silva foi inaugurada há 19 anos, fica na rua principal do bairro e foi construída de maneira planejada. Estruturalmente, a unidade está em condições satisfatórias, bem conservada e higienizada. Há 4 anos, a mesma passou por uma reforma para ampliação da recepção e sala de espera, pois antes era impossível realizar atividades e palestras por conta de um espaço tão pequeno, também foi construído um auditório, para realização de palestras, atividades educativas e para reuniões de equipe. As salas de consultas e de procedimentos são todas climatizadas e com computadores, pois a unidade já trabalha com prontuário eletrônico.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 12 da Unidade Básica de Saúde Manoel Jacinto da Silva.

A UBS 12 conta com uma equipe composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 3 técnicos de enfermagem, 5 ACS, 1 diretor administrativo, 1 arquivista, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 cozinheira.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Manoel Jacinto da Silva.

A UBS 12 funciona das 7h00 às 16h30, no horário de almoço sempre fica um técnico de enfermagem na unidade, pra mesma não ficar fechada. As consultas e procedimentos são fracionados em manhã/tarde e pausa para o almoço dos profissionais.

1.7 O dia a dia da equipe Manoel Jacinto da Silva

O dia a dia da equipe é bastante corrido, pois a equipe tem uma demanda muito grande, entre consultas, visitas, procedimentos e vacinas, essa última com muita demanda devido à campanha de influenza e a vacina contra a covid-19. Os

atendimentos são agendados por grupos, tem o dia de gestantes, hiperdia, de crianças e da comunidade em geral, além de um dia pra visitas e para monitoramento dos casos de covid-19.

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

Hipertensão Arterial Sistêmica;

Diabetes Mellutis tipo II

Doenças cardiovasculares;

Uso do tabaco e álcool;

Sofrimento Mental.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (nome), Unidade Básica de Saúde (nome), município de (nome), estado de (nome)

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/priorização****
Hipertensão arterial	Alta	8	parcial	1
Diabetes mellutis II	Alta	8	parcial	2
Doenças cardiovasculares	Alta	7	parcial	3
Uso do tabaco e álcool	Alta	5	parcial	5
Sofrimento mental	Alta	5	parcial	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema de saúde e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida e incapacidades (MALTA et al, 2017).

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é fator de risco preponderante para doenças cardíacas e outros males do aparelho circulatório (como o AVC), além de diabetes e doenças renais.

Assim como a hipertensão, o diabetes tipo 2 é outro mal crônico que afeta milhões de pessoas e que pode desencadear problemas ainda mais graves, como insuficiência cardíaca e AVC.

Outro fator de risco para a saúde é a má alimentação, principalmente em portadores de HAS E DMII. As pessoas estão comendo quantidades excessivas de açúcar e sódio, enquanto consomem cereais, grãos, frutas e legumes em quantidades insuficientes.

Assim, é de fundamental importância traçar estratégias de enfrentamento que visem a redução e o controle da predominância dos fatores de risco relacionadas as DCNT e ao risco cardiovascular.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Propor um plano de intervenção voltado à promoção de uma vida saudável para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis atendidas na UBS 12 Manoel Jacinto da Silva, Teotônio Vilela-AI.

3.2 Objetivos específicos:

- Sensibilizar os portadores de DNCTs à mudança de hábitos, afim de melhorar a qualidade de vida;
- Ampliar o nível de conhecimento dos portadores de DCNTs sobre o tema, com foco na melhoria de hábitos mais saudáveis;

- Elevar o nível de conhecimento da equipe sobre as DCNTs e traçar uma linha de autocuidado.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi elaborado por meio da aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional, por Estimativa rápida, que a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução de uma população. Elencando os problemas prioritários, a identificação das demandas e as ações a serem propostas, de acordo com Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para a fundamentação teórica foram utilizadas fontes bibliográficas em sites como a google acadêmico, Scielo, Ministério da Saúde. Foi realizado o levantamento com a equipe da unidade de saúde para obtenção dos dados sobre o perfil epidemiológico e as comorbidades da comunidade assistida.

A redação do texto seguiu o padrão da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações foram embasadas no documento “Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso” (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA et al, 2017).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no Brasil resultaram em mudanças do perfil de morbidade e de mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Desta forma, o modelo de Atenção Primária, se apresenta como ferramenta importante para promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, este modelo visa estimular a

promoção da autonomia no exercício de comportamentos saudáveis (MARTINS, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2017) a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sendo chamada de Atenção Básica (AB) no Brasil, embora os termos sejam equivalentes. Já a educação em saúde é um componente importante, reconhecido como parte do processo de trabalho das equipes da AB.

5.1 Atenção Primária à Saúde

A APS é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito pessoal e público, que inclui a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, como também a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2012). Ela é considerada a porta de entrada do SUS, e tem ganhado destaque no processo de trabalho voltado ao enfrentamento das DCNT (MEDINA et.al, 2014).

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2012).

A ESF configura a reorganização da APS no País, a partir de normas estabelecidas pelo SUS, com ênfase na família e a comunidade. A mesma é caracterizada como espaço de idealização da cidadania e de alguns outros princípios, além de atender aos princípios gerais da APS (BRASIL, 2012).

Outra característica no processo de trabalho na atenção básica é a definição do território de atuação sob responsabilidade das equipes; Planejamento, organização e agenda de trabalho para desenvolver ações que priorizem os grupos de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento de doenças e ou danos inevitáveis; Realização de atendimento, visitas domiciliares e escuta qualificada, promovendo atenção integral e continua a toda população; Desenvolver ações educativas intersetoriais, aprimorando assim a saúde e garantindo os direitos dos cidadãos (ROCHA, 2012).

5.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis

As modificações ocorridas nos padrões socioeconômicos e culturais decorrentes da urbanização e do desenvolvimento econômico resultaram em mudanças significativas nos diferentes grupos populacionais, com influência direta nos seus hábitos de vida e perfil de saúde.

Como consequência, ocorreu aumento significativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dando ênfase nas morbimortalidades causadas por elas, entre as quais se destacam as Doenças Cardiovasculares (DCV) e o diabetes mellitus.

A Hipertensão Arterial, o Diabetes e a Obesidade são enfermidades que muitas das vezes estão associadas ao estilo de vida da pessoa e são doenças que podem causar mudanças nas estruturas do coração, veias e artérias, o que leva a redução de sua funcionalidade, como a capacidade de circulação sanguínea (MENESES; ARILO), e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são as principais causas mundiais de morte. Ainda conforme a OMS, 1 bilhão de pessoas em todo o mundo têm pressão alta e o diabetes já atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo e de acordo com o “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe”, mais da metade dos brasileiros estão com sobrepeso.

Para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis pelos serviços de saúde, é importante ter como foco central os usuários e seus familiares que esperam encontrar, no serviço de saúde, profissionais comprometidos com a qualidade na ação individual e em equipe (BRASIL, 2012).

A alimentação saudável é fundamental para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, assim como em outros países, o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo aceleradamente. Paralelamente, a prevalência de DCNT vem aumentando acarretando mudanças no perfil de adoecimentos e mortes na população brasileira demonstrando que as principais causas das doenças estão associadas a alimentação inadequada (VINHOLES et al., 2009). A educação nutricional, neste contexto, se mostra cada vez mais importante para que a população desenvolva um estilo de vida saudável.

Sabe-se que as recomendações em termos do que se configura uma alimentação saudável, oficiais ou não, por razões ligadas à saúde ou não, são divulgadas à população de forma ampla e diversa, incluindo, políticas, programas e campanhas do MS, profissionais de saúde e mídia, o que leva a crer que, de uma forma ou de outra, a maior parte das pessoas tem acesso a esse conhecimento. No entanto, as pesquisas continuam demonstrando que a alimentação habitual do brasileiro segue um padrão considerado não saudável (LINDEMANN; OLIVEIRA, 2016).

Embora o conhecimento favoreça o desenvolvimento e a manutenção de novas atitudes alimentares, sua influência não é incondicional e, muitas vezes, mesmo tendo recebido a orientação de um profissional de saúde, a adesão às recomendações enfrenta dificuldades, pois a efetiva mudança de comportamento caracteriza-se como um processo complexo. No Brasil, dentre usuários da atenção básica de um município de grande porte, 20,3% receberam orientação para alimentação saudável, dos quais aproximadamente 10% seguiam todas as recomendações, enquanto que a metade não seguia nenhuma. As principais dificuldades mencionadas foram a falta de tempo e de recursos financeiros e a dificuldade de mudar hábitos e de controlar impulsos alimentares (LINDEMANN; OLIVEIRA, 2016).

Considerando o contexto da atenção básica em saúde no Brasil, em que as políticas públicas têm enfatizado a promoção da alimentação saudável e reafirmado a responsabilidade dos profissionais, especialmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente os que atuam na atenção básica, é importante que, além de orientar, se conheçam as dificuldades dos usuários para terem uma alimentação saudável, para que de posse dessas informações seja possível adequar as estratégias de intervenção (LINDEMANN; OLIVEIRA, 2016).

5.3 Educação em Saúde

A educação em saúde é um campo diversificado, caracterizado como meio onde o conhecimento científico produzido no campo da saúde e intermediado pelos profissionais da área, atinge a vida cotidiana das pessoas, por meio da

compreensão do processo saúde-doença, e é capaz de subsidiar a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (CARNEIRO, et. al, 2012).

Um dos desafios enfrentados na ESF é o controle das DCNT, que causam grandes prejuízos financeiros e sociais à população. Diante disso, a educação em saúde torna-se uma ferramenta valiosa no gerenciamento de estratégias que corroborem para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio de mecanismo didáticos e eficazes para a população através do autocuidado (MENDES, 2012).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG et al, 2014).

Os processos de trabalho dos profissionais de saúde precisam ser modificados de forma a contemplar a interdisciplinaridade, a criação de vínculos, a intersetorialidade e o fortalecimento de uma gestão local democrática. Devem ainda potencializar indivíduos e comunidades no exercício da cidadania voltada para a melhoria das condições de vida, com poder de decisão na formulação de políticas públicas, integração social e capacidade de participar da vida social (CARNEIRO et al, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Feito o levantamento dos problemas mais frequentes na UBS 12 Manoel Jacinto da Silva, ficou estabelecido que as doenças crônicas não transmissíveis associado ao risco cardiovascular, se mostram como o ponto mais crítico encontrado. Tal diagnóstico se dá pelo o número de hipertensos, diabéticos e pessoas com doenças cardiovasculares.

6.1 Descrição do problema selecionado

Quadro 2- perfil epidemiológico da população assistida pela UBS 12, na cidade de Teotônio Vilela-Alagoas.

Condições de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	12
Hipertensos	368
Diabete tipo II	119
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	18
Pessoas que tiveram AVC	08
Pessoas que tiveram infarto	01
Pessoas com doença cardíaca	24
Pessoas com doença renal	02
Pessoas com hanseníase	02
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	09
Pessoas com sofrimento mental	25
Acamados	04
Fumantes	53
Pessoas que fazem uso de álcool	23
Usuários de drogas	04

De acordo com o quadro 2, pode-se perceber um número alto de portadores de HAS (368) e DMII (119). Percebe-se ainda, uma prevalência de pessoas com doenças cardiovasculares e tabagismo na comunidade adscrita. Esses fatores, estão associados à ausência de um estilo de vida adequado, pois sem vida saudável, há um maior agravamento das comorbidades, tais como as DCNT e as doenças cardiovasculares.

6.2 Explicação do problema selecionado

A comunidade segue um estilo de vida habitual em relação ao padrão das atuais populações, no que se refere a mudança do estilo alimentar, com características altas de consumo de produtos industrializados e processados, baixa adesão a frutas, legumes e verduras e hábitos sedentários.

O aumento das DCNT está relacionado com a baixa renda da comunidade, pela falta de conhecimento esclarecido dessas comorbidades e o risco que as mesmas causam a saúde. É possível perceber que a população não tem o compromisso e não dá importância as orientações passadas no grupo de hiperdia, nas consultas. Não aderem com comprometimento a necessidade de participar do grupo terapêutico para um acompanhamento mais completo, só procuram a unidade

para resolver suas queixas pontuais. A referida comunidade tem dificuldade em aderir hábitos alimentares saudáveis, alegando não ter condições financeiras de comprar alimentos saudáveis. Além disso, os portadores de HAS e DMII, apresentam resistência no uso de medicações e outros não usam de maneira correta, sem falar que a prática de atividade física não é aderida por muitos, ficando sedentárias e acima do peso. Observados esses e passes, é preciso que a equipe de Saúde intensifique o autocuidado a esses pacientes, monitorem a evolução dos casos clínicos para evitar complicações futuras.

6.3 Seleção de nós críticos

- Hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade);
- Falta de entendimento da comunidade sobre as DCNT;
- Vulnerabilidade social;
- Falta de uma equipe capacitada e comprometida.

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

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “DCNT risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município Teotônio Vilela, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade).
Operação/objetivo	Melhorar os hábitos de vida das pessoas com DCNT, com o objetivo de amenizar os efeitos prejudiciais à saúde das práticas inadequadas percebidas.
Projeto/resultados esperados	Projeto mais saúde: traçar uma linha de cuidado em relação aos níveis prescrições e glicêmicos dos portadores de HAS e DMII, a fim de melhorar os hábitos alimentares e o estilo de vida.
Produtos esperados	Campanha educativa na própria UBS: sala de espera, nas consultas, com folhetos sobre alimentação saudável, vídeos explicativos, etc.
Recursos necessários	Cognitivo: capacitação e educação continuada sobre o tema abordado; Financeiro: aquisição de materiais educativos e de uma estrutura adequada para implantação de uma horta comunitária; Físico: espaço adequado para realização dos grupos terapêuticos.
Recursos críticos	Político: aquisição do espaço para a horta e insumos para plantação da mesma, com a participação da comunidade
Viabilidade do plano: controle dos recursos (atores/motivação)	Equipe de saúde (motivação favorável) e secretaria municipal de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégias	Reuniões de monitoramento (equipe gestora, equipe de Saúde, NASF, participação comunitária.
Responsável (eis) (gestores) pelo o acompanhamento das operações	Diretor da UBS, médico, enfermeira, nutricionista e educador físico.
Prazo	4 meses para o início das atividades.

Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Campanha educativa porta a porta (monitoramento mensal, por meio dos ACS); Atividade física assistida pelo educador físico em dias programados na academia da saúde (realizar avaliação a cada 3 meses); atendimento nutricional para acompanhamento (a cada 2 meses); Grupo terapêutico (avaliar a cada 2 meses, de acordo com a necessidade perceptível).
--	---

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de entendimento da comunidade sobre as DCNT” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município de Teotônio Vilela, Alagoas.

Nó crítico 2	Falta de entendimento dos portadores de DCNT sobre o tema
Operação/objetivo	Aumentar o nível de conhecimento sobre o tema, focado na promoção a vida e prevenção de agravos.
Projeto/resultados esperados	Projeto vida saudável: autocuidado com o estilo de vida, a fim de melhorar o risco com as DCNT e risco cardiovascular.
Produtos esperados	Nível de informação alcançado pelos os portadores da doença, por meio de educação em saúde, na unidade de saúde e em domicílio.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento aprofundado sobre o tema; Financeiro: aquisição de materiais educativos: folhetos, banner e audiovisuais.
Recursos críticos	Político: contatos intersetoriais
Viabilidade do plano: controle dos recursos (atores/motivação)	Direção da UBS e demais profissionais da equipe de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões de planejamento (equipe de saúde).
Responsável (eis) (gestores) pelo o acompanhamento das operações	Diretor, médico e enfermeiro
Prazo	4 meses
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Nível de informação das pessoas adequado sobre as DCNT e suas causas (6 meses).

Quadro 5 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de uma equipe capacitada e comprometida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS 12, do município de Teotônio Vilela, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Falta de uma equipe capacitada e comprometida
Operação/objetivo	Aumentar o nível de conhecimento da equipe de saúde e traçar uma linha de autocuidado eficaz relacionada AS DCNT e o risco cardiovascular.
Projeto/resultados esperados	Projeto saúde certa: contribuir para que a equipe se aprofunde em conhecer mais sobre alimentação saudável, prática de atividade física, uso correto de medicamentos.
Produtos esperados	Capacitações periódicas com a equipe de Saúde, em especial técnicos de enfermagem e ACS.
Recursos necessários	Financeiro: aquisição de materiais educativos.
Recursos críticos	Pessoal: adequação da agenda dos profissionais para a realização das capacitações.
Viabilidade do plano: controle dos recursos (atores/motivação)	Equipe de saúde (motivação favorável), secretária municipal de saúde (motivação favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (equipe de Saúde, equipe da secretaria de saúde, nutricionista e educador físico).
Responsável (eis) (gestores) pelo o acompanhamento das operações	Médico, enfermeira, nutricionista e educador físico.
Prazo	2 meses para o início e 15 meses para término
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Monitoramento mensal para avaliar as ações da equipe de saúde e a adesão da comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de promoção à saúde são de suma importância para prevenir agravos e doenças, no que diz respeito às doenças crônicas não transmissíveis. Desse modo, é esperado que por meio das intervenções que foram propostas a comunidade seja capaz de compreender a importância do autocuidado em relação à promoção e proteção à saúde e que as coloquem em prática, a fim de melhorar seus hábitos de vida e bem-estar. De outro modo, a qualificação das equipes viabilizará maior empenho e organização dos profissionais no processo de educação em saúde, com o intuito de otimizar os atendimentos e melhorar a assistência em saúde para a população.

Espera-se que, os benefícios das atividades de promoção à saúde sejam capazes de impactar não somente na melhoria da qualidade de vida da comunidade, mas possa também diminuir os gastos financeiros com saúde e no efeito que os danos possam causar na saúde.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2012**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritários**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Portaria nº 4279**, de 30/12/2010. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: NESCON.UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.umfmig.br/biblioteca/registo/planejamento_e_avaliao das_aoes_de_saude_2/3. Acesso em: 09 jan. 2022.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. 2012; 31(2):115–20. Disponível em <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n2/115-120/pt>. Acesso em: 04 de jan. de 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Disponível em: <<https://ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 mai. 2021.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASS, R. A. Dificuldades ara alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 599-610, 2016. Disponível em: <https://scielos.org>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 661-675, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTINS, Clebio Dean. Impacto da atenção primária desenvolvida por uma cooperativa de saúde privada em um município do Estado de Minas Gerais. **Mestrado em Saúde e Educação**, 2017.

MEDINA, M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>. Acesso em 04 de jan. de 2022.

MENDES, E.V.: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 05 de jan. de 2022

MENESES, R. S.; ARILO, L. M. C. **Projeto de intervenção: Promoção de Saúde contra o sedentarismo para a prevenção de doenças como a Hipertensão, Diabetes e Obesidade**. Disponível em: <https://unarus.gov.br/acervo/handle/ares/14748>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 672-9, out-dez, 2008.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. Genova: 2005.

ROCHA, Ana Carolina Dantas et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev. adm. saúde**, p. 71-79, 2012.

SILVA, Wellington Pereira da. **O perfil socioeconômico da feira livre de Teotônio Vilela: a cidade, os feirantes e os consumidores**. Arapiraca: UFAL, 2010. Disponível em: <<https://ud10.arapiraca.ufal.br>>. Acesso em: 12 mai. 2021.