

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

Ivanilda Bezerra da Silva

**ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE, DR. AMAURY VASCONCELOS DE ANDRADE, EM SÃO
JOSÉ DA LAJE, ALAGOAS**

Maceió - AL

2022

Ivanilda Bezerra da Silva

**ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE, DR. AMAURY VASCONCELOS DE ANDRADE, EM SÃO
JOSÉ DA LAJE, 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: Prof. Dr. Ednaldo Almeida Gomes

Maceió - AL

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586e Silva, Ivanilda Bezerra da.

Estratégia para enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis na Unidade Básica de Saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade, em São José da Laje, Alagoas / Ivanilda Bezerra da Silva. - 2022.

37 f. : il. color.

Orientador: Ednaldo Almeida Gomes.

Monografia (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 35-37.

1. Doenças crônicas não transmissíveis. 2. Doenças crônicas - Prevenção.
3. Monitoramento. I. Título.

CDU: 616-056.8

Folha de Aprovação

AUTOR: Ivanilda Bezerra da Silva

ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE,
DR. AMAURY VASCONCELOS DE ANDRADE,
EM SÃO JOSÉ DA LAJE, 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 16 de
fevereiro de 2022

Ednaldo Almeida Gomes.

Ednaldo Almeida Gomes, Doutor em Ciências, UFAL
(Orientador)

Examinador:

Iramirton Figuerêdo Moreira

Prof. Dr. Iramirton Figuerêdo Moreira, UFAL
Matrícula Siape: 3443234
(Examinador)

Ivanilda Bezerra da Silva

**ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE, DR. AMAURY VASCONCELOS DE ANDRADE, EM SÃO
JOSÉ DA LAJE, 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, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: EDNALDO ALMEIDA GOMES

Banca examinadora

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Maceió, em 16 de Fevereiro de 2022

Dedicatória

Dedico este trabalho a meu esposo, Edigar;

A meu filho, João Vitor;

Aos meus pais; por todo incentivo e compreensão.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, sem Ele nada seria possível;

A Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade de realizar esta especialização com qualidade;

Ao meu esposo e meu filho, pelo incentivo e compreensão durante toda minha vida acadêmica;

A minha família que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão deste curso.

Aos meus professores;

E em especial ao meu orientador, Prof. Ednaldo Almeida

O Senhor (Deus) é a minha força e o meu escudo;
Salmos 28.7a

RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se configuram como as principais causas de mortes no mundo e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de serem responsáveis por impactos econômicos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral. Em São José da Laje os índices de DCNT, especialmente no grupo de pessoas idosas assume níveis alarmantes, necessitando de intervenção imediata. O presente trabalho tem como objetivo instituir na UBS Dr. Amauri Vasconcelos de Andrade, em São José da Laje –AL, ações estratégicas para prevenir e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, na população adscrita. O mesmo prevê o desenvolvimento de atividades mensais pela equipe multiprofissional na comunidade. As ações serão organizadas em duas etapas, primeiro, ações educativas e por fim ação de intervenção, Espera-se com a realização desse projeto contribuir para a redução dos indicadores de adoecimento e complicações associadas à DCNT. Entretanto, para que se tenha êxito é necessário que as ações sejam implementadas com os esforço de todos os membros da equipe e de acordo com a realidade vivenciada pela mesma.

Palavras-chave: ,

ABSTRACT

Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are the main causes of death in the world and have generated a high number of premature deaths, loss of quality of life with a high degree of limitation in work and leisure activities, in addition to being responsible for economic impacts for families, communities and society at large. In São José da Laje, the NCD rates, especially in the elderly group, are at alarming levels, requiring immediate intervention. The present work has as objective to institute in the UBS Dr. Amauri Vasconcelos de Andrade, in São José da Laje -AL, strategic actions to prevent and control the Non-Communicable Chronic Diseases, in the enrolled population. The same provides for the development of monthly activities by the multiprofessional team in the community. The actions will be organized in two stages, first, educational actions and, finally, intervention action. It is hoped that this project will contribute to the reduction of indicators of illness and complications associated with CNCD. However, in order to be successful, actions must be implemented with the efforts of all team members and in accordance with the reality experienced by the team.

Keywords: Chronic Disease, prevention, control, Healthy eating

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Família, Unidade Básica de Saúde Amaury Vasconcelos de Andrade, município de São José da Laje, estado de Alagoas.	15
Quadro 2- Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão. Figura	27
Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis Diabetes, Hipertenso e doenças cardiovascular e dislipidemia.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade do município São José da Laje, estado de Alagoas.	28
Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade do município São José da Laje, estado de Alagoas.	29
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury	30
Quadro 6 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade do município São José da Laje, estado de Alagoas.	31.
Figura 1 - Triângulo de governo	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de normas e Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade	15
1.7 O dia a dia da equipe Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se configuram como as principais causas de mortes no mundo e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de serem responsáveis por impactos econômicos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011). Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado importantes transformações no seu padrão de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, onde há uma redução das doenças infecciosas e aumento de DCNT, acidentes e violências (MALTA et al., 2015).

As DNCT se constituem como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e de baixa escolaridade, tendo as doenças circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, doença cardiovascular e hipertensão como as principais causas de morbimortalidade no Brasil, as quais possuem o tabagismo, etilismo, a inatividade física, alimentação não saudável e obesidade como os principais fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis, em parceria com vários outros ministérios, instituições de ensino e pesquisa, O Plano de Enfrentamento de DCNT, visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT, e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados a essas doenças.

Observa-se no Brasil uma crescente prevalência de pessoas com DCNT, realidade também observada no Município de São José da Laje, onde os indicadores são preocupantes e tem exigido dos gestores locais e de todas as equipes de saúde a reorganização dos processos de trabalho para prevenir complicações associadas a essas doenças entre os usuários e para prevenir o adoecimento entre as pessoas saudáveis, residentes no município.

1.1 Aspectos gerais do município

São José da Laje é um município brasileiro, localizado no estado de Alagoas, com população estimada 24.064 habitante localizada na região nordeste e distante 102,4 km da capital do Estado. O município tem uma empresa de auto porte, a Usina Serra Grande (Indústria de açúcar e álcool), fundada em 1894, pelo Coronel Carlos Benigno Pereira de Lyra, empresa de destaque no setor canavieiro alagoano (IBGE, 2021).

O salário médio mensal era de 1.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total e de 24.6%. A economia da cidade é vinculada a empresa citada, a prefeitura e agricultura. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimenta a região com sua festa junina e ainda preserva suas festas religiosas do padroeiro São José e tem um famoso carnaval (carnaval do melaço) (BRASIL, 2019). O crescimento de áreas periféricas se deu em virtude da enchente de 2010 que deixou muitas famílias desabrigadas, foram construídas em média 1200 casa por órgãos governamentais para abrigar a população ribeirinha da cidade.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em São Jose da Laje- AL, o sistema de saúde predominante é o sistema Primário, possui 10 Unidades Básicas de Saúde, com cobertura de 100% da população, todas as unidades compostas por equipes multiprofissionais, que oferecem consultas médicas, consultas de enfermagem, consulta odontológica, marcação de exames e a realização de procedimentos simples como retirada de pontos de procedimentos cirúrgicos, curativos, verificação de pressão artéria, vacina, e outros. Os profissionais atuam também realizando visitas domiciliares e palestras preventivas. Conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com três academias de saúde.

1.3 Aspectos da comunidade

O Juriti é um Bairro com cerca de 3.797 habitantes, localizado na periferia de São José da Laje, que devido as enchentes recorrentes na cidade, houve a

necessidade de remanejamento de famílias de seus antigos bairros, diante dessa problemática, foram doados 300 terrenos nesta área e construída mais 200 casas para a população carente. A população empregada vive basicamente com um salário mínimo, lotados na Usina Serra Grande e na prefeitura. É grande o número de desempregados e subempregados. A maior parte das famílias sobrevive de programas sociais do governo.

A estrutura de saneamento básico nesta comunidade é razoável, a coleta de lixo é realizada três vezes por semana. Parte da comunidade vive em moradias com condições precárias. O analfabetismo é elevado, principalmente na população maior de 40 anos. Nos últimos anos a comunidade tem recebido alguns investimentos públicos (escolas, centro de saúde, creche, pavimentação de ruas, praças, academias populares, etc.). A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas e carnaval. Neste bairro atua uma unidade de saúde da família e um núcleo de endemias.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade

A Unidade Básica de Saúde Amaury Vasconcelos de Andrade foi inaugurada há cerca de 20 anos, em prédio próprio, porém com espaço físico inapropriado para o atendimento da demanda desde bairro, atualmente foi construído um novo prédio e está situado na rua principal do bairro e faz a ligação com o centro da cidade. É adequado para a demanda atendida, é bem localizado, tem acesso para pessoas deficientes. Construída de acordo com as normas do ministério da saúde é uma unidade completa. Atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com boas condições para o funcionamento.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade

‘A equipe de saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade é composta por 20 profissionais dentre eles um médico, uma enfermeira, uma gestora administrativa, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, oito agentes comunitários,

um dentista, um auxiliar em saúde bucal (ASB), um digitador, uma arquivista, uma auxiliar de serviços gerais, um vigilante e uma auxiliar de farmácia.

1.6. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade

A Unidade de Saúde funciona das 7h30min às 16 horas de segunda a sexta-feira atua diariamente em atividades relacionadas à assistência a comunidade com atendimento médico e de enfermagem de demanda espontânea, visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde é realizado sala de espera, reuniões periódicas com a equipe. Palestras nas escolas do bairro, e visitas domiciliares semanalmente aos pacientes acamados e domiciliados.

1.7. O dia a dia da equipe Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade

Os serviços de saúde ofertados a população são: puericultura, citologia, pré-natal, HIPERDIA, saúde do adulto, imunização, visitas domiciliares, consulta médica e de enfermagem, acolhimento, entrega de medicações, curativos, comemorações em datas festivas com os pacientes, agendamento de consultas eletivas. Tem como propósito principal a prevenção, promoção e recuperação da saúde respeitando os princípios do SUS, visando garantir maior resolutividade e qualidade da Atenção Básica.

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

Hábitos alimentar inadequados, estilo de vida não saudável e o baixo nível de escolaridade, afetam gradativamente ao indivíduo, causando doenças como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e dislipidemia.

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

Os casos de doenças atinge uma grande população, conforme dados abaixo, foi enumerado uma ordem de problemas diagnosticados, a qual serve como uma base para monitoramento dos problemas vivenciados.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Família, Unidade Básica de Saúde Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade, município de São José da Laje, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Hipertensão	Alta	10	Total	1
Diabetes	Alta	09	Total	2
Doenças cardiovasculares	Alta	09	Parcial	3
Doenças respiratórias	Alta	08	Parcial	4

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

* Alta, média ou baixa;

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados;

*** Total, parcial ou fora;

**** Ordenar considerando os três itens.

2. JUSTIFICATIVA

A promoção e prevenção são ações primordiais na Atenção Primária, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial a hipertensão arterial sistêmica (HAS), são doenças de grande preocupação a saúde pública. A partir da relevância da temática, torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, desenvolver ações estratégicas objetivando um estilo de vida saudável, para uma boa qualidade de vida. O presente trabalho pretende aplicar diferentes ações educativas, tais como: palestras em escolas, e em salas de espera, entrega de panfletos informativos, atendimentos multiprofissionais, a grupos de hipertensos, para melhor acompanhamento e controle de condições de risco, (obesidade, sedentarismo, tabagismo etc.). Nesta perspectiva é importantíssimo o desenvolvimento de ações educativas que tratem com muita clareza da problemática em discussão, com o intuito de mudar hábitos de vida que contribuem para o desencadeamento de DCNT. Sabemos que as DCNT podem surgir por fatores genéticos, porém na sua grande maioria está relacionada aos hábitos de vida não saudáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, má alimentação etc.), por isso é de grande relevância criar estratégias que busquem a prevenção destas doenças a fim de diminuir a incidência de novos casos, e ao mesmo tempo proporcionar melhor qualidade de vida para a população.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Prevenir e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, na população adscrita.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar grupos de risco para o desenvolvimento de DCNT;
- Estimular a mudança de hábitos e estilo de vida da comunidade;
- Estimular a prática de atividade física;
- Orientar os usuários para prevenção das DCNT e autocuidado.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que irá trabalhar a melhora nos indicadores de DCNT entre usuários da ESF Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade.

Para elaboração desse projeto de intervenção foi utilizado a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Segundo Santos, Farias e Campos (2017, p. 26) “a partir de seus fundamentos e método, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um processo participativo”.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

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,2018).

Será instituída uma ação, que será realizada mensalmente e está organizada em dois eixos de ações principais: 1) Ações educativas; e 2) Ação-intervenção, as quais ocorrerão simultaneamente todos os meses, respeitando cronograma previamente estabelecido pela equipe da USF Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade.

Serão inseridas nas ações deste projeto todas as pessoas residentes na área de cobertura da ESF, independente de sexo, idade ou condição de saúde, sendo eles: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Sabendo que para cada público alvo será utilizado um tipo de linguagem diferente para melhor entendimento e aprendizado.

O **Eixo 1 “Ações educativas”** será composto por ações como palestras na comunidade, com os agentes comunitários de saúde que podem ser realizadas durante a visita domiciliar; realização de palestras em sala de espera na unidade de saúde com temas educativos para hábitos de vida saudáveis, a serem realizadas pelo médico, enfermeiro, dentista e nutricionista.

O **Eixo 2 “Ação-intervenção”** será caracterizado pelo Educador Físico (Zumba, corrida e caminhada ou ginástica) na praça, ou local estratégico do território de cobertura da USF.

Para cada ação realizada, será esperado um público máximo de 40 pessoas para ação desenvolvida na unidade. Para as ações desenvolvidas nas ruas e outros

cenários da comunidade como escolas, associação e Igrejas, espera-se um público de 100 pessoas aproximadamente.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam uma importante causa de morbidade e mortalidade no mundo. Dados provenientes do *Estudo de Carga Global de Doença* apontam que as DCNT respondiam, em 1990, por 43% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted life years - Daly*) e passou a representar 54% em 2010. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto humano e socioeconômico das DCNT afeta o progresso das *Metas de Desenvolvimento do Milênio* e suas consequências são sentidas na maioria dos países, em especial, aqueles de baixa e média renda e em populações vulneráveis (COSTA, 2008).

Dentre as DCNT, a hipertensão arterial é caracterizada por uma condição clínica com múltiplos fatores caracterizados por níveis elevados de pressão.

A hipertensão arterial pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. É definida como tendo valores de pressão arterial sistólica > 160 mm Hg e diastólica > 95 mm Hg. A hipertensão limítrofe é aquela com valores sistólicos de 140 a 160 mm Hg e diastólicos de 90 a 95 mm Hg. A normotensão é a pressão arterial sistólica < 140 mm Hg e diastólica < 90 mm Hg⁷. (KOCHAR; WOODS, 1990 apud PESSUTO & CARVALHO, 1998).

Ainda segundo o autor acima, a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na diminuição da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal.

Os principais fatores de risco para HAS são o tabaco, a alimentação inadequada, sedentarismo e o consumo de bebidas álcool, responsáveis, em grande parte, pela e o grande número de pessoas com sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA, et al.,2006).

O controle da hipertensão arterial inicia-se com a detecção e observação contínua, não pode ser diagnosticada em base de apenas de uma única verificação da pressão arterial, tem que ser realizando um mapa de controle em oito dias

seguidos, em média. Após o diagnóstico médico o tratamento pode ser realizado de duas formas sendo eles, não farmacológico (ausência de medicamentos), farmacológico (presença de medicamento) (PESSUTO, 1998).

Além da HAS, a dislipidemia é também uma doença crônica muito prevalente na população brasileira e está caracterizada pelo aumento do risco para eventos cardiovasculares. Mudanças no estilo de vida ao longo do tempo propiciaram a ascensão da transição epidemiologia e nutricional. Esse fenômeno é caracterizado pela redução da desnutrição e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares que possuem as dislipidemias como principal fator de risco para o seu desenvolvimento. As dislipidemias são definidas como distúrbios no metabolismo das lipoproteínas, como aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e dos triglicerídeos, e diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) sendo desenvolvidas de acordo com a exposição a fatores genéticos e/ou ambientais (SOUZA, 2017).

Alguns estudos têm sido conduzidos para avaliar os fatores associados à dislipidemia. Nestes estudos, propõem que o risco da dislipidemia encontra-se associado, na maioria dos casos, ao excesso de ganho ponderal. Estudiosos vêm ressaltando que o aumento da proporção do sobrepeso e da obesidade - a exemplo do que vem ocorrendo em países desenvolvidos - tem se refletido em alterações metabólicas relacionadas ao perfil lipídico. A ocorrência do sobrepeso e da obesidade estaria relacionada a uma série de fatores ambientais e o estilo de vida, entre os quais estão incluídas o sedentarismo e a alimentação inadequada. Contudo, não é possível descartar o papel da escolaridade materna na adoção de comportamentos saudáveis, podendo, portanto, influenciar a magnitude da ocorrência desse agravo (NETO, 2011).

O desenvolvimento de novas pesquisas pode auxiliar o profissional da área de saúde na prevenção da dislipidemia infantil. Para tanto, o dever do profissional de Educação Física consiste em orientar e fornecer respostas melhores nas condições de saúde (CORRÊA, 2017).

Em busca de novos conhecimentos, cresce o número pesquisas com crianças e adolescentes para investigar a prevalência de dislipidemia, a qual tem se tornado uma epidemia nas últimas três décadas. A alimentação adequada, com

redução de alimentos industrializados, embutidos e enlatados, bem como a estimulação da prática de atividade física, faz com que nossas crianças tenham um desenvolvimento saudável, podendo evitar possíveis patologias. Existe uma relação com a obesidade infanto-juvenil e as doenças cardiovasculares futuras (CORRÊA, 2017).

O diabetes mellitus tipo 2, dentre as DCNT, é considerada uma epidemia e corresponde por aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes. Estimativas indicam que no ano de 2010, 285 milhões de indivíduos com mais de 20 anos viviam com diabetes no mundo e, em 2030, esse número pode chegar a 439 milhões. Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que tem a doença (COSTA, 2008).

O envelhecimento da população, o aumento da prevalência da obesidade e do sedentarismo, e os processos de urbanização são considerados os principais fatores responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. Esse cenário tem gerado altos custos social e financeiro ao paciente e ao sistema de saúde. Estimaram que o DM chegou a responder por 12,0% do total de hospitalizações não relacionadas a gestações e por até 15,4% dos custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no período de 2008 a 2010 (MELO, 2015).

O tratamento da DM baseia-se em medidas preventivas e paliativas, visando à diminuição e retardo dos agravos, por meio de tratamento farmacológico e modificações no estilo de vida, bem como à alimentação saudável e prática de exercícios físicos. O diagnóstico de DM reflete diretamente no contexto da Qualidade de Vida (QV) do indivíduo e de seu grupo familiar, sendo necessário um apoio efetivo por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) em ações que promovam a educação em saúde. Neste sendo, a principal fonte de apoio às pessoas com DM advém das Estratégias Saúde da Família (ESF) que, desde a sua incorporação na Atenção Primária à Saúde (APS), reorganizam o modelo curativista tradicional, em ascensão na década de 80, para um modelo baseado na clínica ampliada. A equipe de ESF estabelece o vínculo profissional-usuário por meio de práticas de educação em saúde e intervenções de acompanhamento das pessoas com DM (MORESCHIL, 2018).

Outras doenças crônicas como doenças cardiovasculares e respiratórias também merecem destaque quando o foco é prevenção do desenvolvimento dessas doenças na população. No escopo dos eventos cardiovasculares poderíamos citar o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico (AVC-h ou AVC-i) e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) como os mais frequentes na população brasileira e conseqüentemente em Alagoas também. Todos esses processos de adoecimento elevam os custos no âmbito da saúde e tem os processos patológicos crônicos anteriormente citados (hipertensão, dislipidemia e diabetes) como principais fatores de risco.

Apesar das doenças crônicas não transmissíveis não ter cura, elas podem ser evitadas com ações de prevenção e controladas por meio do cuidado clínico e com ações de autocuidado. Práticas de atividades físicas, alimentação saudável, controle do peso corporal, redução do tabagismo e do etilismo, bem como o controle de estresse contribuem para abrandar os sintomas da maioria das DCNT citadas até o momento (RECORDATI, 2016).

Muitos pacientes com DCNT interrompem o tratamento e se afastam dos serviços de saúde, dificultando o acompanhamento por profissionais de saúde e contribuindo com o aparecimento das complicações associadas a essas doenças. Deste modo, para que o processo de cuidado desses pacientes seja eficaz, é necessário conhecer atitude do indivíduo com respeito aos cuidados relativos à sua doença. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde. É importante conhecer as práticas população.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Instituir, na ESF Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade, um plano de intervenção, com atividade mensal a ser desenvolvida pela equipe multiprofissional (ACS, médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, educador físico) por meio de palestras e outras atividades educativas com foco na redução da probabilidade da população desencadear doenças crônicas como diabetes, hipertensos, doenças cardiovasculares e outras.

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

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós críticos”, as operações, projeto, os resultados esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIAS; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1. Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Os indicadores de DCNT no município de São José da Laje são alarmantes e o número de casos cadastrados na Unidade de Saúde Amaury Vasconcelos de Andrade, cresce a cada dia.

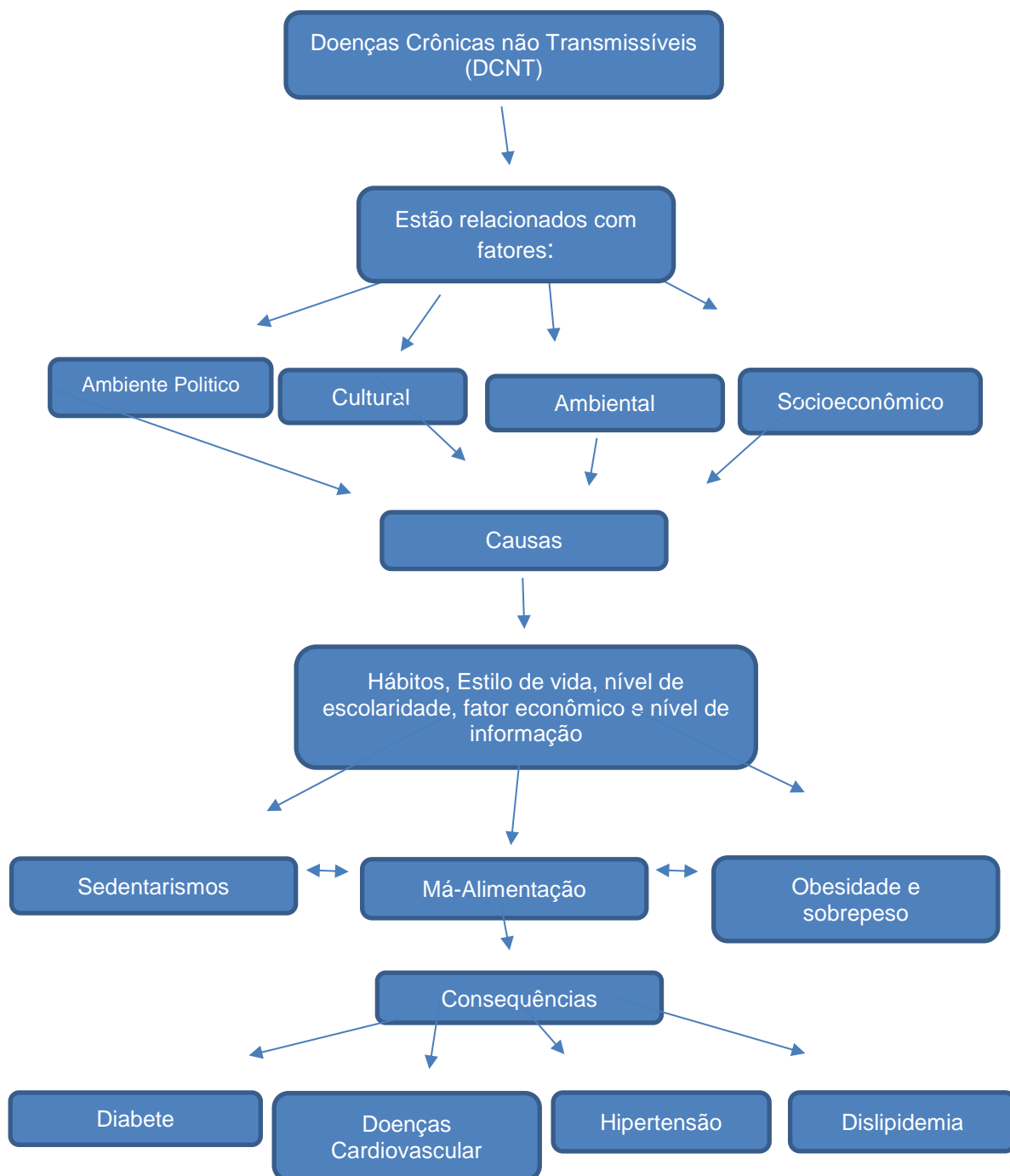
Segundo o cadastro E-SUS, dos agentes comunitários de saúde atualmente existem 410 hipertensos, 132 diabéticos, 11 pessoas que tiveram AVC, 3 pessoas que enfartaram, 35 pessoas com doenças cardíacas, 177 pessoas fumantes, 35 pessoas que fazem uso de álcool.

6.2. Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A **figura 1** apresenta um fluxograma dos fatores associados ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis e as consequências à saúde da população que irá provocar maiores custos aos serviços de saúde associados ao aumento dos custos com medicamentos e internações hospitalares.

NA Unidade Dr. Amauri Vasconcelos de Andrade, observa-se uma alta prevalência de DCNT entre adultos jovens e idosos que poderiam ser evitados se medidas preventivas fossem precocemente adotadas.

Figura 1. Causas e conseqüências das DCNT



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

6.3. Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Diversos são os nós críticos que aumentam a prevalência das DCNT em uma população. Apresentamos abaixo os mais observados na UBS em estudo.

- a) Hábitos e estilos de vida da população inadequados;
- b) Nível de informação da comunidade bastante precária;
- c) Preferência por uso de medicamentos;
- d) Automedicação frequente;
- e) Nível de escolaridade baixa;
- f) Estrutura dos serviços de saúde a melhorar;
- g) Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.

Apesar de se apontar, estes nós críticos, sabe-se que o aparecimento das doenças crônicas é multifatorial e pode envolver diversas questões como fatores ambientais, familiares e genéticos, além disso, a prevenção no desenvolvimento desses casos exige uma política de governo estruturada e envolvendo diversos setores sociais. Diante disso, será desenvolvida esta proposta de intervenção pautada nos 4 primeiros nós críticos apresentados.

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

Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão 97º a 10º passo) “sobre nó crítico 1” relacionado ao problema DCNT na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade.

Operações	Projetos	Resultados esperados	Produtos Esperados
Hábitos e estilos de vida da população	Trabalhar com a comunidade palestras educativas, informações multiprofissionais na comunidade e prática de atividade física	Mudança de hábitos e estilo de vida	10
Nível de informação da comunidade bastante precária	Levar informações a comunidade, através dos ACSs.	População informada	9
Hábitos alimentares inadequados,	Informar aos pacientes resultados de mudanças alimentar pode mudar sua vida	Melhora a qualidade de vida.	9
Automedicação frequente.	Informar nas salas de esperada UBS quer o uso de medicamento por conta própria pode ter efeitos colaterais graves, podendo levar a morte.	População melhor orientada quanto ao uso de medicamentos	7

Quadro 3. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis Diabetes, Hipertenso e doenças cardiovascular e dislipidemia.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Amaury Vasconcelos de Andrade.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida da população
Operação	Trabalhar com a comunidade palestras educativas, informações multiprofissionais na comunidade e prática de atividade física
Projeto	Saúde com qualidade
Produtos esperados	Reuniões semanal com equipe. Capacitação especial dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. Sala de espera com médico, enfermeira, nutricionista, educador física e fisioterapeuta.
Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacionais - organização da agenda. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Equipe (motivação favorável)
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	(Responsável, motivação e ações de estímulos)
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Início em 1 mês / responsáveis agente de Saúde e enfermeira

Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível de informação da população sobre hábitos e estilo de vida saudável. Campanha educativa na sala de espera: 1 mês;. Capacitação dos ACS e dos profissionais.
---	--

Quadro 4. Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade.

Nó crítico 2	Nível de informação da comunidade bastante precário
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos das doenças crônicas não transmissíveis.
Projeto	Conhecimento
Resultados esperados	População mais informada sobre riscos das doenças crônicas não transmissíveis. Equipe com maior nível de conhecimento.
Produtos esperados	Reunião semanal com equipe. Capacitação especial dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas.
Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacionais - organização da agenda. Políticos – articulação Intersetorial.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Políticos: articulação intersetorial.

Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável, motivação e ações de estímulos
Acompanhamento do plano - responsável e prazos	Início em 3 meses - agente de saúde e enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível de informação da população sobre os riscos doenças crônica não transmissível: Campanha educativa na sala de espera: 1 mês; Capacitação dos ACS.

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade.

Nó crítico 3	Hábitos alimentares inadequados e preferência por uso de medicamentos
Operação	Mudanças de hábitos alimentares na comunidade
Projeto/ resultados esperados	Comer é vida/ diminuir a probabilidade da população desencadear doenças crônicas como diabetes, hipertensos, doenças cardiovascular e dislipidemia
Produtos esperados	Trabalhar com a comunidade palestras educativas multiprofissionais: ACS,s, médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, educador físico.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de recursos

Viabilidade de plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Equipe (motivação favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões em equipe
Responsável (eis) (gerente) pelo acompanhamento das operações	Gestão unidade
Prazos	Um mês para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Programa de caminhada orientada: durante um mês: programa implantado e implementado em todas as microáreas Campanha educativa em sala de espera.

Quadro 6. Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Doenças crônicas não transmissíveis”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amaury Vasconcelos de Andrade.

Nó crítico 4	Automedicação frequente.
Operação (operações)	Informação nas salas de esperada da UBS que o uso de medicamento por conta própria pode ter efeitos colaterais graves e levar a morte
Projeto	Mais informação.
Resultados esperados	População mais informada sobre riscos acometidos por uso de medicamentos por conta própria. Equipe com maior nível de conhecimento.
Produtos esperados	Reuniões semanal com equipe. Sala de espera com medico e enfermeiro da unidade.

Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação. Organizacionais - organização da agenda. Políticos – articulação intersetorial.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Políticos: articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	(Responsável, motivação e ações de estímulos)
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Início em 2 meses/ responsáveis Enfermeiro e medico
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível de informação da população sobre acometidos pelo automedicamento frequente e risco doenças crônicas não transmissíveis: Campanha educativa na sala de espera: 1 mês.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão da temática ficou esclarecido que ações educativas, são ferramentas indispensáveis, para melhorar o estilo e a qualidade de vida das pessoas, é um instrumento de trabalho de grande potência para uso dos profissionais de saúde.

Para que esse instrumento sirva como ferramenta efetiva no controle de doenças crônicas não transmissíveis, é necessário que as ações sejam implementadas de acordo com a realidade vivenciada pela equipe, e que haja um engajamento coletivo por parte de todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho.

A partir do uso contínuo desta ferramenta, adequando-se a realidade da comunidade adscrita, espera-se um novo modelo de atendimento qualificado e mais humanizado, com isso espera-se gerar mais saúde a toda a população. Será indispensável o apoio de todos os setores envolvidos no processo de saúde do município.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 16 jan.. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jan. 2022.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 17 jan. 2022.

COSTA, A. F. et al. Artigo, **Caderno de Saúde Pública**, 2017. Carga do diabetes mellitus Tipo 2 no Brasil 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ThBcgyS737wVTCKk8Zm9TDM/?format=pdf&lang=pte>. Acesso em: 16 jan.2022.

MALTA, D. C, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença, 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. , Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=MALTA+et+al.,+2015\).&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.br/scholar?q=MALTA+et+al.,+2015).&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart). Acessado em:15 dez. 2021.

MALTA D. C, et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006>. Acessado em: 15 dez. 2021

MELO, S. M. Artigo, o **Modelo Transitório para Auxiliar Adolescentes Obesos a Modificar Estilo de Vida**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-19Pt>. Acesso 15dez.2021

MOLINA M. D. C. B.; CUNHA R. S.; HERKENHOFF L. F.; MIL J. G. Hipertensão Arterial e consumo de sal em população urbana 2003. **Revista de Saúde pública**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Hb8Jh8qBWzcXLhqk8KZZ7Xf/abstract/?lang=ptJ>. Acesso em: 14 jan.2022.

MORESCHIL, C.; REMPELL, C.; SIQUEIRA, D. F.; BACKES, D. S.; PISSAIAL, L. F.; GRAVE, M. T. Q. Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de Pessoas com diabetes, 2018. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Lsghz57d5zxrqvxyngBPCTz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 jan. 2022.

NETO, O. D. A.; SILVA, R.C.R.; ASSIS, A. M. O.; PINTO, E. J. Fatores associados à dislipidemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XSGrrs9HZp99RdNrT44bFhv/?lang=pt> . Acesso em: 15 dez.2021.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com Hipertensão Arterial. **Revista Latino - Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 1998**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NcQNLvxm7fB6SGzcxwPBc5VQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 dez 2021

LYRA R.; OLIVEIRA M.; LINS D.; CAVALCANTI. N. Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/yjg8YbM6k8KhCB6BWFQCBGy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: dez.2021.

GROSS J. L.; SILVEIRO S. P. CAMARGO J. L; REICHELT A. J. AZEVEDO M. J. Diabetes Mellito: Diagnostico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia,2006**. Disponível em: https://www.scholar.google.com.br/scholar?q=Diabetes+Melito:+Diagnostico,+classificação+e+avaliação+do+controle+glicêmico&hl=ptBR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar .Acesso em: dez. de 2001

SATORELLI D. S.; FRANCO L. J.; CARDOSO M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mdgkfnTnJPxCQkzVxqhZDwR/?lang=pt> Julho de 2005. acesso dez.2021

SOUZA N. A.; VIEIRA S. A. Dislipidemia familiar e fatores associados a Alterações no perfil lipídico em crianças, 2018. **Ciências e Saúde Coletiva**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/323-332/>. Acesso em: 16 dez.2021.

SOUZA S. P. Atenção a hipertensos e diabéticos na estratégia saúde da família e o programa mais médicos. 2018. **Repositório institucional da Fiocruz**. Disponível em; <https://www.google.com/search?q>. Acesso em: 17 jan.2022.

