

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde

Priscyla Paulina Silva

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA O PLANEJAMENTO
DE AÇÕES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Diamantina

2020

Priscyla Paulina Silva

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA O PLANEJAMENTO
DE AÇÕES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dra. Ivy Scorzi Cazelli Pires.

Diamantina

2020

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586i Silva, Priscyla Paulina
Importância do diagnóstico situacional para o planejamento de ações
em saúde na estratégia saúde da família / Priscyla PaulinaSilva, 2020.
166 p.: il.

Orientadora: Ivy Scorzi Cazelli Pires

Dissertação (Mestrado– Programa de Pós-Graduação em Ensino em
Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,
Diamantina, 2020.

1. Diagnóstico situacional de saúde. 2. Estratégia saúde da família.
3. Atenção básica de saúde. 4. Ações nas ESF. II. Título. III.
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 614

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM Bibliotecária:
Viviane Pedrosa – CRB6/2641



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

PRISCYLA PAULINA SILVA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA O PLANEJAMENTO
DE AÇÕES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Profissional em **Ensino em Saúde - EnSa** da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, **nível de Mestrado** como requisito para obtenção do título de **Mestra**.

Orientador: Prof. **Ivy Scorzi Cazelli Pires**

Data de aprovação 14/10/2020

Prof.^a Dr.^a Ivy Scorzi Cazelli Pires – UFVJM

Prof. Dr. Fábio Tadeu Lourenço Guimarães – UFVJM

Prof. Dr. João Luiz de Miranda – UFVJM



Documento assinado eletronicamente por **Ivy Scorzi Cazelli Pires, Servidor**, em 18/11/2020, às 17:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Fábio Tadeu Lourenço Guimarães, Servidor**, em 19/11/2020, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Joao Luiz de Miranda, Servidor**, em 23/11/2020, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0218377** e o código CRC **56FF7A58**.

Referência: Processo nº 23086.012799/2020-31

SEI nº 0218377

Dedico este trabalho à minha mãe. Ela sim é para mim um exemplo de fé, vida e dedicação. Todo caminho construído e passo a passo ao seu lado são essenciais para mim. Obrigada por tudo. Amo-te.

AGRADECIMENTOS

Para a realização desse trabalho, muitos foram os apoios recebidos; de todos os lados e de todos os corações que tive oportunidade de me comunicar. A vocês, meu muito obrigada. Vocês foram essenciais no meu caminhar e em todas as conquistas que tive e terei ao longo do caminho e escolhas que farei.

Aos profissionais do município de Couto de Magalhães de Minas, com quem tive a alegria do convívio, do aprendizado, das pesquisas, das visitas domiciliares, das resenhas aos fins de semana, nos lanches nas ESF e na confiança em cargos voltados para a gestão, saibam que vocês são essenciais e sempre lembrados com muito carinho. Aos pacientes que ao longo dos 07 anos em Couto dedicaram e confiaram à mim, suas dores e inquietudes, que me fizeram olhar para dentro de mim para que eu tivesse um olhar mais acolhedor, humanizado para com vocês, agradeço cada olhar, cada carinho e cada abraço.

Aos profissionais do município de Monjolos, que me acolheram com atenção e respeito. Acredito que criaremos bons vínculos e realizaremos bons trabalhos.

Aos familiares e amigos, a todas as ligações, todos os compartilhamentos, incentivos. Ao compreenderem e aceitarem com respeito e carinho minhas faltas e ausências em encontros, feriados, fins de tarde. Vocês são meus combustíveis de vida.

Ana Flávia, muito obrigada por todos os compartilhamentos e questionamentos que só me fizeram crescer e acrescentar em meu trabalho e em minha vida. Você é incrível e obrigada por isso.

Minha mãe Edimê, que é minha vida, meu porto seguro e minha “bateria”, e Leonardo. Gratidão a vocês sempre.

Ivy, que sorte a minha! Obrigada por tudo! Por todas as conversas, vídeos educativos e instrutivos, todos os e-mails respondidos e minha ansiedade compreendida. Você foi a melhor orientadora que eu poderia ter. Desculpa minhas loucuras (mudar nosso projeto no último minuto do segundo tempo) e minha inquietude. Amei trabalhar com você; amei criar com você.

Ao Diogo Pereira, demais professores do EnSa e aos colegas do mestrado 2018/2020, vocês são incríveis e esse encontro ficará marcado em minha vida. Obrigada!

"O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro".

Leonardo Boff

RESUMO

Este estudo fornece dados sobre a prevalência de seis patologias / comorbidades encontradas nas Estratégias de Saúde da Família no Brasil, incluindo hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, obesidade, alcoolismo, uso/dependência de drogas e pacientes com dificuldade de locomoção. O estudo objetivou realizar o Diagnóstico Situacional de Saúde de duas Estratégias de Saúde da Família, uma localizada no Vale do Jequitinhonha (ESF 01) e outra na região do Médio Rio das Velhas (ESF 02), possibilitando o planejamento de ações e intervenções. com a comunidade. Acredita-se que o diagnóstico seja uma importante ferramenta para o gerenciamento, identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma determinada população, o que permite a caracterização da situação de saúde da ESF estudada, podendo assim conhecer, mapear e sugerir ações de promoção, prevenção e intervenção na área de abrangência. A metodologia descritiva foi utilizada, pois a coleta de dados ocorreu na Estratégia Saúde da Família 01 no segundo semestre de 2019 e a coleta de dados na Estratégia Saúde da Família 01 ocorreu no primeiro semestre de 2020 por meio dos dados do e-Sus. Percebe-se que existe um grande número de usuários e indivíduos concentrados na faixa etária de 18 a 59 anos, nas duas Estratégias de Saúde da Família estudadas, correspondendo a 53,59% na ESF 01 e 59,22% na ESF 02 do total de população assistida e cadastrada. Na faixa etária de idosos, na ESF 01, há maior concentração de patologias / comorbidades, com percentual de 37,36%, para um total de 750 pacientes e na ESF 02, 100% do público idoso possui alguma patologia/comorbidade. Em ambos os municípios existe um grupo de atividades físicas para idosos, onde participam pessoas de outras faixas etárias, pois também funciona como um espaço de atendimento e orientação quanto à hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e obesidade, mas que não é especificamente para tratá-los.

Palavras – chave: Diagnóstico situacional de saúde. Estratégia saúde da família. Atenção básica de saúde. Ações nas ESF's.

ABSTRACT

This study provides data on the prevalence of six pathologies / comorbidities found in Family Health Strategies in Brazil, including systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity, alcoholism, drug use / dependence and patients with limited mobility. The study aimed to carry out the Situational Health Diagnosis of two Family Health Strategies, one located in the Jequitinhonha Valley (ESF 01) and the other in the Middle Rio das Velhas Basin region (ESF 02), making it possible to plan actions and interventions with the community. It is believed that the diagnosis is an important tool for the management, identification, description, prioritization and explanation of the health problems of a certain population, which allows the characterization of the health situation of the studied FHS, thus being able to know, map and suggest actions of promotion, prevention and intervention in the area covered. The descriptive methodology was used as the data collection occurred in the Family Health Strategy 01 in the second semester of 2019 and the data collection of the Family Health Strategy 01 took place in the first semester of 2020 through the data from the e- Sus. It is noticed that there are a large number of users and individuals concentrated in the age group of 18 to 59 years, in the two Family Health Strategies studied, corresponding to 53.59% in ESF 01 and 59.22% in ESF 02 of the grand total of the assisted and registered population. In the elderly age group, in ESF 01, there is a greater concentration of pathologies / comorbidity, with a percentage of 37.36%, for a total of 750 patients and in ESF 02, 100% of the elderly public has some pathology / comorbidity. In both municipalities there is a group of physical activities for the elderly, where people from other age groups participate, as it also functions as a space for care and guidance regarding arterial hypertension, diabetes mellitus and obesity, but which is not specifically to treat such.

Keywords: Situational health diagnosis. Family health strategy. Basic health care. ESF's actions

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Dados de patologias/comorbidades pesquisadas nas ESF 01 e ESF 02 (n).....	45
QUADRO 2	Patologias/comorbidades mais comuns nas ESF 01 e ESF 02	55
QUADRO 3	Comparativo das prevalências das patologias/comorbidades nas ESF 01 – ESF 02 - e Brasil.....	57

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Comparativo populacional das micro áreas da ESF 01 (n).....	48
FIGURA 2	Comparativo populacional das micro áreas da ESF 02 (n).....	52

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária a Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
DM - Diabetes Mellitus
UBS - Unidade Básica de Saúde
PA - Pressão Arterial
DCNT - Doença Crônica não Transmissível
OMS - Organização Mundial de Saúde
IMC - Índice de Massa Corporal
AA - Alcoólicos Anônimos
TIB - Triagem e Intervenção Breve
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
ABS - Atenção Básica em Saúde
ILP's – Instituição de Longa Permanência
EPS - Educação Permanente em Saúde
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
PSF – Programa Saúde da Família
ACS - Agente Comunitário de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVE - Acidente Vascular Encefálico
DSS - Diagnóstico Situacional em Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
ARTIGO 01 - COMORBIDADES MAIS PREVALENTES NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: TIPOS DE ABORDAGEM E INTERVENÇÃO PRODUZIDOS	16
Introdução.....	16
1.1.1 Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica retratada nas ESF brasileiras....	16
1.1.2 Prevalência de <i>Diabetes Mellitus</i> retratada nas ESF brasileiras.....	17
1.1.3 Prevalência de Obesidade retratada nas ESF brasileiras.....	19
1.1.4 Prevalência de Alcoolismo retratada nas ESF brasileiras.....	20
1.1.5 Prevalência de Uso/Dependência de Drogas Ilícitas retratada nas ESF brasileiras.....	21
1.1.6 Prevalência de Dificuldade de Locomoção nas Estratégias de Saúde da Família brasileiras.....	23
Metodologia.....	23
Considerações Gerais.....	24
Referencias.....	24
ARTIGO 02 - AÇÕES E INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE COMORBIDADES MAIS PRESENTES EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA BRASILEIRAS	29
Introdução.....	29
Metodologia	35
Considerações Gerais.....	35
Referencias.....	35
ARTIGO 03 – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS ESF ESTUDADAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
1 Introdução.....	40
2 Metodologia.....	42
2.1 Coleta de Dados.....	42
2.2 Cenário do Estudo.....	43
2.3 Sujeito do Estudo.....	43
2.4 Natureza do Estudo.....	44
3 Análise dos Dados.....	44
4 Resultados e Discussão.....	44
4.1 Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF 01.....	45
4.1.2 Dados Populacionais das Micros áreas da ESF 01.....	47
4.2 Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF 02.....	48

4.3 Estudo Comparativo dos Dados das ESF 01 E DA ESF 02.....	52
4.3.1 Identificação dos principais problemas de saúde que acometem a área de abrangência das ESF 01 e ESF 02.....	52
5 Ações e/ou Intervenções Desenvolvidas pelas ESF 01 e ESF 02 e Sugestões de Ações e Planejamento.....	58
Considerações Gerais.....	58
Referencias.....	60
CONCLUSÃO GERAL.....	61
ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	64
ANEXO B – SUGESTÕES DE AÇÕES E PLANEJAMENTO PARA ESF.....	65
ANEXO C - CARTILHA SE LIGA.....	82

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o diagnóstico situacional é de extrema importância para um bom trabalho na Atenção Primária em Saúde, visando as equipes de Estratégia Saúde da Família e suas ações, com promoção, prevenção e muitas vezes recuperação do processo de saúde (CHUEIRI, 2013 e SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

Diante da importância do tema, este trabalho foi dividido em três partes, na primeira parte há dois artigos que tratam de uma revisão de literatura acerca da prevalência das principais patologias existentes nas Estratégias de Saúde da Família estudadas, assim como ações que estão sendo desenvolvidas no Brasil quanto a este tema. Na segunda parte do trabalho foi elaborado um artigo com o Diagnóstico Situacional de Saúde das duas Estratégias Saúde da Família de dois municípios pequenos, no interior do estado de Minas Gerais e na terceira parte, sugestão de planejamento de ações, reflexões e propostas de trabalho para as patologias/comorbidades mais comuns nestas ESFs.

Observa-se que muitas destas patologias são Doenças Crônicas Não Transmissíveis ou de alto potencial de controle: hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, obesidade, alcoolismo, uso/dependência de drogas e dificuldade de locomoção.

COMORBIDADES MAIS PREVALENTES NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: TIPOS DE ABORDAGEM E INTERVENÇÃO PRODUZIDOS

Most Prevalent Comorbidities In Family Health Strategies In Brazil: Types Of Approach And Intervention Produced

Priscyla Paulina SILVA
Ivy Scorzi Cazelli PIRES
Lucilene MIRANDA
Vanessa FERREIRA

RESUMO

O presente estudo traz ao longo de seu percurso bibliográfico alguns estudos e prevalências de seis patologias/comorbidades encontradas em Estratégias Saúde da Família pelo Brasil, dentre elas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, alcoolismo, uso/dependência de drogas e pacientes com dificuldade de locomoção. Buscou-se sistematizar os dados encontrados ressaltando a importância de conhecer a realidade de saúde da área de abrangência das ESF, e tendo como ferramenta para tal, o Diagnóstico Situacional de Saúde, que possibilita conhecer a área, como também orientar as necessidades de intervenções nas questões que se fazem urgentes, construindo construir caminhos, projetos e reflexão acerca dos problemas à serem enfrentados.

Palavras-chave: Diagnóstico situacional de saúde. Estratégia saúde da família. Patologias. Comorbidades.

ABSTRACT

This study brings along its bibliographic path some studies and prevalence of six pathologies / comorbidities found in Family Health Strategies in Brazil, among them, systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity, alcoholism, drug use / dependence and patients with locomotion difficulty. We sought to systematize the data found, emphasizing the importance of knowing the health reality of the area covered by the FHS, and having as a tool for this, the Situational Health Diagnosis, which makes it possible to know the area, as well as to guide the needs of interventions in urgent issues, building to build paths, projects and reflection on the problems to be faced.

Keywords: Situational health diagnosis. Family health strategy. Pathologies. Comorbidities.

INTRODUÇÃO

Acredita-se que o diagnóstico é uma importante ferramenta de gestão sendo uma importante tecnologia para a qualificação e eficácia nas práticas, pois é um instrumento de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos, assim sendo, uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades locais (SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016). Chueiri (2013) nos diz que realizar a análise da situação de saúde de determinada área ou município, é uma importante ferramenta para identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de determinada população. A realização do diagnóstico e

sua análise é fundamental para identificar necessidades sociais de saúde da população/território, determinar prioridades de ação e embasar a tomada de decisão dos profissionais e gestores (SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

Observa-se que o diagnóstico situacional vem sendo utilizado nos serviços de saúde, bem como nas ESF e UBS, para conhecimento e caracterização do território de abrangência, o que vem possibilitando o diagnóstico, o estudo e a avaliação da prevalência das patologias/comorbidades mais comuns por região.

1.1. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica retratada nas ESF brasileiras

Trabalhos de Meira (2015); Lobo et al. (2017), Santiago et al. (2019), Ferreira (2019) têm identificado que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, visto que tais estudos ocorrem em diferentes regiões do Brasil como no Vale do Jequitinhonha, no Sertão de Pernambuco e em Bases de Dados de acervos públicos, mostrando-nos assim, que essa patologia/comorbidade está presente em todo país. As principais causas de mortalidade no Brasil são doenças cardiovasculares, e tendo em vista essa informação, faz-se necessário o controle das comorbidades crônicas diretamente relacionadas ao aumento do risco cardiovascular. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2018).

Considerando-se níveis de PA \geq 140/90 mmHg, 22 trabalhos mostraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortalidade no país. Pesquisas populacionais em municípios brasileiros nas últimas duas décadas identificaram uma prevalência de HAS acima de 30% (MEIRA, 2015).

Em um estudo realizado por Santiago et al. (2019) no Sertão Pernambucano, com uma amostra composta por 416 indivíduos, a prevalência de HAS foi de 27,4% e foram identificados como preditores independentes da HAS a faixa etária a partir dos 40 anos, classe econômica baixa, tabagismo, excesso de peso pelo índice de massa corporal e adultos com tolerância à glicose diminuída/*diabetes mellitus*, afirmando que a prevalência de HAS é elevada e se relaciona com fatores de risco importantes, logo, são recomendáveis ações de prevenção e controle. Ferreira (2019), em estudo realizado na Zona da Mata mineira, identificou 26% dos idosos cadastrados e assistidos na ESF como hipertensos.

Andrade et al. (2015) em seu trabalho com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, sobre a hipertensão arterial e sua prevalência, afirmaram que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida foi de 21,4%, sendo superior no sexo feminino em relação ao masculino, e a menor prevalência observada encontra-se na faixa etária de 18 a 29 anos (2,8%), enquanto a maior foi encontrada entre indivíduos com idade \geq 75 anos (55,0%), assim como a prevalência de hipertensão arterial autorreferida foi maior na zona urbana (21,7%) quando comparada à zona rural (19,8%), na região Sudeste (ANDRADE et al., 2015). Dantas e Roncalli (2019), em um estudo sobre identificação e prevalência de HAS, identificaram que a mesma acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% na média), em pessoas com idade entre 60 a 69 anos 50% e em pessoas com idade > 70 anos, foi 75% a prevalência.

Essa patologia/comorbidade corresponde à uma parcela significativa das consultas da rede básica de saúde e é facilmente tratável e controlável no âmbito da APS, uma vez que 50 a 80% dos casos se resolvem nesta atenção. Apesar de considerada um grave problema de

saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no país (18% a 19,6%) principalmente por suas complicações (DANTAS e RONCALLI, 2019).

Segundo a edição de 2019 da pesquisa Vigitel (BRASIL, 2020) as capitais com maior prevalência de HAS são Rio de Janeiro (31,2%), Maceió (27,1%), João Pessoa (26,6%), Belo Horizonte (26,5%), Recife (26,5%), Campo Grande (26,0%) e Vitória (25,2%), e as com menores índices são São Luís (15,9%), Porto Velho (18,0%), Palmas e Boa Vista (18,6%). Em estudo realizado por Menezes e Arilo (2020) no município de Parnaíba/PI, em uma ESF com população assistida de aproximadamente 2522 habitantes, com faixa etária predominante de adultos e idosos, apresentaram uma estimativa de hipertensos de 10,03%, 3,44% de diabéticos e grande maioria da população com sobrepeso e obesidade.

Assim, diante dos dados apresentados referentes a HAS, é possível inferir a importância do papel da Estratégia de Saúde da Família para o controle dessa patologia.

1.2. Prevalência de *Diabetes Mellitus* retratada nas ESF brasileiras

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) disponibiliza um protocolo com indicadores de desempenho dos programas de atendimento aos diabéticos e hipertensos. Essas ferramentas permitem avaliar a qualidade do atendimento e são de grande aplicabilidade para o serviço (MEIRA, 2015; SOARES, 2018). Louro (2016) ao citar Lucchese et al. (2016), nos mostra que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como um dos principais problemas de saúde pública, desencadeando em morbimortalidade, mortes prematuras, diminuição na qualidade de vida e impactos econômicos para as famílias e sociedade em geral, sendo a DM uma dessas doenças associada ou não à outras patologias/comorbidades.

O *Diabetes Mellitus* (DM) é caracterizado pela hiperglicemia gerada por um defeito na secreção de insulina, na ação da insulina ou por ambas e classifica-se em diversas categorias, destacando as categorias de diabetes tipo 1 e tipo 2 (Louro, 2016), sendo este último o tipo mais prevalente de acometimento. O quadro de hiperglicemia gerado pelo DM à longo prazo e também quando não controlado/cuidado, pode desencadear em doenças como a retinopatia, doenças cardiovasculares, periodontite, nefropatia e neuropatia periférica, com riscos de ulcerações no pé e amputações (LOURO, 2016). Apresentando ainda, alto índice de morbimortalidade decorrente das complicações neurovasculares periféricas (como lesões nos pés), com evolução específica para o pé diabético que é diagnosticado devido a uma diminuição na vascularização e sensibilidade tátil (SILVA e SILVA, 2020).

Por ser uma doença do grupo de doenças metabólicas e estar associada a diversas outras patologias, é infelizmente, muito comum e crescente principalmente em virtude do envelhecimento populacional e da prevalência da obesidade e sedentarismo (SOARES, 2018). No cenário mundial, a OMS estima que a DM possa alcançar entre cerca de 387 milhões e 471 milhões de pessoas em 2035 e, no Brasil, são cerca de 10 milhões de pessoas desde 2010 (SILVA e SILVA, 2020).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2020) apresenta esta patologia dividindo-a em 4 tipos e sua prevalência na sociedade, sendo o tipo 1 encontrado entre 5 e 10% dos casos, resultado da destruição de células, tendo como consequência a deficiência de insulina. O tipo 2, o mais comum, atinge 90% dos pacientes e é resultado de defeitos na ação secretora do pâncreas. O tipo 3 é mais conhecida como Diabetes Gestacional e a tipo 4 são os outros tipos secundários a outras patologias como infecções, doenças do pâncreas, medicamentos, entre outras.

Os fatores de risco que se destacam para o desenvolvimento do diabetes, em qualquer um dos seus tipos, são o peso corporal excessivo (IMC), inatividade física e a alimentação pouco saudável, além de outros fatores que também podem ser considerados, como a etnia, história familiar de hiperglicemia, história pregressa de diabetes gestacional e a idade avançada (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES, 2019). Assim, destaca-se a DM como uma importante morbidade, uma vez que pode gerar complicações sérias e importantes, chegando a níveis fatais. Diante desta realidade, torna-se imprescindível o monitoramento sério e ordenado, quando separada ou simultânea à outras patologias/comorbidades, necessitando de ações pontuais de prevenção e promoção em saúde.

No estudo realizado por Freitas et al. (2020) na Unidade Básica de Saúde em Campina Grande na Paraíba, onde participaram 61 portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 2, sendo a maioria do gênero feminino, identificou-se com relação à faixa etária, que a mais frequente corresponde à homens entre 60 e 69 anos (44%) enquanto nas mulheres foi de 70 à 79 anos (47%), a maior parte dos diabéticos era portadora de DM associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e apenas 7% dos homens apresentava DM isolada (FREITAS et al., 2020). Segundo Louro (2016), a alimentação tem uma forte relação com a saúde, podendo impactá-la de forma positiva ou negativa, e é considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis para as DCNT, sendo estas, caracterizadas como doenças de evolução lenta e de longa duração, às quais são resultado de mudanças nos padrões alimentares e de atividade física.

Soares (2018) em seu estudo realizado em uma ESF na capital mineira, relata que o Brasil no ano de 2017 ocupava o 4º lugar com 12,5 milhões de pessoas com o diagnóstico de diabetes entre os 10 países com o maior número de pessoas diabéticas, visto que a população idosa apresenta uma prevalência de 19% e, ocupa o 6º lugar do mundo em gastos com essa patologia, estando também associada ao aumento de morbimortalidade. No ano de 2017, constatou-se que 4 milhões de pessoas foram a óbito em consequência da DM, sendo que 11% foram na América do Sul e México, relatando a importância de ações voltadas para detecção precoce da doença, onde prevenção e tratamento são essenciais (SOARES, 2018). Louro (2016) ao analisar os dados obtidos pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) nos anos de 2006 à 2014, nos apresenta padrões globais de consumo de alimentos saudáveis, entre 1990 e 2010, apresentaram um aumento, porém, houve concomitantemente um aumento de produtos processados, gorduras, açúcares e sódio.

Além da própria DM possuir fatores de risco para o seu acometimento, ela é também fator de risco para outros agravos, resultante dos altos níveis de glicose sanguínea à longo prazo e/ou não controlado, gerando complicações na saúde.

Em 2010, 3,4 milhões de mortes no mundo ocorreram devido ao diabetes e entre os anos de 2014 e 2015 o diabetes foi responsável por 4,9 milhões e 5 milhões de mortes respectivamente. Desta forma, segundo projeções da OMS, em 2030 o diabetes será considerado a 7ª principal causa de morte (LOURO, 2016; SOARES, 2018).

Em um estudo realizado por Flor e Campos (2017) havia uma amostra de 1374 pessoas, onde encontraram uma prevalência de 7,5% de DM na população estudada. O que corrobora com os dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (2020) que em 2017 o Brasil ocupava o 4º lugar no *ranking* dos 10 países com maior número de pessoas com DM e, em projeção para 2045 ocuparia o 5º lugar.

Já em um estudo da Vigitel Brasil 2019 (2020) realizado nas 26 capitais e no Distrito Federal do Brasil, a frequência do diagnóstico médico de diabetes chegou a 7,4%, sendo

maior entre as mulheres do que entre os homens, mas em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.

Malta et al. (2019) em seu estudo, analisou informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, sobre a prevalência de *diabetes mellitus* determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, pois acredita que os critérios laboratoriais são mais fidedignos para o conhecimento real dessa patologia, identificou maior prevalência no sexo feminino em indivíduos com idade > 30 anos e em população com baixa escolaridade, excesso de peso e/ou obesidade.

Porém, é importante destacar que o DM vem se elevando em populações jovens, bem como o desenvolvimento da síndrome metabólica, associada a doenças cardiovasculares na vida adulta e o aumento da prevalência de obesidade na adolescência (MALTA et al., 2019).

1.3 Prevalência de sobrepeso e obesidade retratada nas ESF brasileiras

A obesidade é outra patologia/comorbidade que algumas vezes pode vir concomitante à outras doenças como DM e HAS, sendo também considerada DCNT. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o excesso de peso e a obesidade são definidos pelo acúmulo corporal anormal ou excessivo de gordura, o sobrepeso e a obesidade têm sido considerados, globalmente, o quinto principal risco para mortes (Louro, 2016). O Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado para classificar as categorias de peso, sendo a sua medida obtida à partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Assim, dentre as categorias de peso, classifica-se em excesso de peso o valor de IMC maior ou igual a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, em sobrepeso os valores de IMC entre $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$ e em obesidade o IMC maior ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (LOURO, 2016).

Em seu estudo no município de Amarantes/PI, Viana Sores e Carvalho (2020) identificaram que cerca de aproximadamente 30% da população local sofre com esse problema, o que chama a atenção é que muitos desses pacientes possuem outra comorbidade associada.

Magdaleno em 2015, na UBS Maria de Lourdes B. Barros, no município de União dos Palmares/AL, identificou 1948 pacientes obesos, levando a criar um plano operativo de intervenção com o objetivo de diminuir em 20% o sedentarismo e as más práticas de alimentação, elevando assim, o conhecimento da população quanto à esta patologia em 15%, realizando 80% das consultas à este público com agendamento.

Neste cenário, o sobrepeso e a obesidade destacam-se como principais fatores de risco metabólicos, os quais vêm acometendo grande parcela da população. Evidencia-se que a obesidade, pode ser considerado como potencial fator de risco para o acometimento do DM principalmente do tipo 2, considerando que aproximadamente 90% do acometimento pelo diabetes tipo 2 seja atribuído ao excesso de peso (World Health Organization/WHO (2015) apud LOURO, 2016).

Para Louro (2016) o sobrepeso e a obesidade, mundialmente, têm apresentado aumento, o que gera preocupações na saúde pública, por serem considerados fatores desencadeantes de DCNT como a DM, as doenças cardiovasculares, doenças musculoesqueléticas, câncer, além da predisposição a HAS, dislipidemia e apneia do sono, sendo ainda a obesidade e o sobrepeso, o quinto principal risco de morte, necessitando assim, com relevância, do acompanhamento e controle dessas morbidades.

Os fatores de risco determinantes para a ocorrência de sobrepeso e da obesidade estão interrelacionados com os hábitos alimentares e atividade física, ocasionando desequilíbrio entre ingestão/gasto energético e consequente ganho de peso corporal. A obesidade pode ser considerada como o principal determinante para outras comorbidades.

1.4 Prevalência de Alcoolismo retratada nas ESF brasileiras

Souza, Menandro e Menandro (2015) identificam que a palavra “alcoholismo” surgiu e se estabeleceu na Europa do século XIX, quando transformações sociais promoviam a higienização das cidades. Nesse contexto, o consumo “excessivo” de álcool pelas populações foi tratado como “praga” ameaçando a produtividade e o Estado-nação, bem como a integridade humana. O alcoholismo foi, durante cerca de um século, associado à degradação física, psicológica e moral que, na mentalidade da época, poderia ser adquirida e transmitida à descendência (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

Souza et al. (2015) descreve que o alcoholismo foi tradicionalmente compreendido como pecado, crime e/ou doença e nessa formulação, o “alcoholismo como doença”, a patologia seria grave, progressiva, constituída de fases delimitadas e a única solução seria a definitiva abstinência. Nas décadas finais do século XX, o alcoholismo foi reinterpretado pelas ciências da saúde como condição polimorfa, não mais como doença bem delimitada, mas como conjunto de sintomas, ou seja, “síndrome de dependência do álcool” (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

A “Síndrome de dependência do álcool” e “uso nocivo de álcool” são categorias descritas no manual da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BERTOLOTE, 1997). Contemporaneamente, identificam-se quatro padrões de consumo de álcool: o consumo moderado, sem risco; o consumo arriscado, que tem o potencial de produzir danos; o consumo nocivo, que se define por um padrão constante de uso já associado a danos à saúde; e o consumo em *binge*, que diz respeito ao uso eventual de álcool em grande quantidade (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015).

As diretrizes nacionais e internacionais afirmam que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve estabelecer estratégias permanentes de Triagem e Intervenção Breve (TIB), atuando em todo o espectro de problemas com o álcool e na própria cultura de consumo das bebidas. Casos de comprometimento severo com a substância devem ser encaminhados a centros de especialidades, que definem conjuntamente, estratégias estruturadas de assistência e sistemas de acompanhamento contínuo. Para esses casos, prevê-se o recurso à internação para desintoxicação e a medicações que minimizem a compulsão e os sintomas de síndrome de abstinência (BRASIL, 2004).

O paradigma de redução de danos se afirma como possibilidade de trabalhar para melhorar a qualidade de vida e o autocuidado de usuários de álcool. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS Ad) são a principal referência para o tratamento de alcoólatras, estabelecendo mecanismos de redução de danos (BRASIL, 2004; ANDRADE; FRIEDMAN, 2006).

Segundo OMS apud Rocha (2018) o consumo mundial de álcool pode ser avaliado pelo consumo per capita de álcool, o que corresponde a quantidade de álcool consumida em litros puro por pessoa. Rocha (2018) mais uma vez ao citar a OMS relata que “(...) globalmente, indivíduos acima dos 15 anos bebem em média 6,2 L de álcool puro por ano. Já no Brasil, no ano de 2010 é possível observar que o consumo de álcool per capita em indivíduos maiores de 15 anos em média é 8,7L de álcool puro por ano”.

O uso nocivo e a dependência de álcool (“uso/dependência do álcool”) são um importante fator de risco para diversas doenças e lesões que ameaçam a saúde, sendo responsável, aproximadamente, por 2,5 milhões de mortes por ano, sendo que de 20% a 50% da ocorrência de cirrose hepática, de epilepsia, dos envenenamentos, dos acidentes de trânsito, da violência e dos vários tipos de câncer são causados pelo seu consumo (PORTUGAL et al., 2015).

O álcool é atualmente a substância psicoativa mais consumida no mundo sendo o maior fator de risco evitável do mundo, causando inúmeras doenças, dentre elas a Doença Hepática Alcoólica, que abrange a Esteatose Hepática alcoólica, Hepatite Alcoólica e Cirrose Alcoólica (ROCHA et al., 2018). Ainda segundo esses autores, o consumo de álcool é maior entre pessoas do sexo masculino com idades entre 25 a 34 anos, já entre as mulheres observa-se queda do consumo abusivo de álcool já a partir da primeira faixa etária dos 18 a 24 anos. (ROCHA, et al., 2018).

No ano de 2017 o álcool foi a droga lícita mais consumida no mundo. Esse consumo é prejudicial e há relação de causa direta com mais de 200 tipos de patologias (ROCHA, et al., 2018). No ano de 2012, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de álcool foi responsável por 5,1% da carga global de doenças, ademais, a cada ano, 3,3 milhões de mortes no mundo, aproximadamente, resultam do consumo abusivo do etanol, o que equivale a 5,9% do total de óbitos (ROCHA, et al., 2018). Os danos provocados pelo alcoolismo vão além dos conhecidos do sistema digestivo, abrangendo praticamente todos os demais órgãos do corpo humano. A maior prevalência e mortalidade, entretanto, é relacionada à hepatopatia alcoólica, que abrange esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose (ROCHA, et al., 2018).

Segundo Rocha et al. (2018) as mais importantes DCNT, assim como acidentes e violências, tem como principal fator de risco o consumo de álcool em quantidades abusivas. A porcentagem populacional brasileira acima de 18 anos que possuíam, na época do estudo, o hábito de ingerir álcool uma ou mais vezes por semana, foi de 24%, diversificando na Região Norte com 18% e Região Sul com 28,4% (ROCHA et al., 2018). Souza e Souza (2019) em sua tese de doutorado, nos mostram que no Brasil, segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018 da OMS, em 2016, 21,4% da população era abstinência na vida, visto que jamais haviam ingerido bebidas alcoólicas, mas que no último ano, 40% consumiram álcool, sendo que os homens foram maioria (44% versus 27,3% das mulheres) e o consumo per capita em 2016 foi de 7,8 litros de álcool puro.

Dados aproximados e de grande relevância, são encontrados em estudos realizados em ESF pelo Brasil. Em Manhuaçu (MG) Silva, Silva e Schuengue (2019), identificaram que, entre os idosos que participaram do estudo (n 229), 7,4% consumiam bebida alcoólica de 2 à 7 vezes por semana, e 14,8% ingerem bebidas alcoólicas.

O mesmo podemos encontrar em estudo realizado por Cândido et al. (2019) com gestantes de uma ESF. Do total de gestantes ouvidas, 7,4% apresentavam chance de ter diagnóstico de dependência alcoólica e 54% afirmavam ter feito uso de bebida alcoólica nos últimos 12 meses. Temos visto estudos relevantes relacionados ao uso de álcool nas ESF, inclusive por idosos. Guimarães (2019) nos informa de uma prevalência de 26,5% de idosos alcoólatras residentes na zona rural do município de Uberaba (MG), sendo sua maioria do sexo masculino e 27% fazem uso diário da substância.

1.5. Prevalência de Uso/Dependência de Drogas Ilícitas retratada nas ESF brasileiras

Na atualidade é de suma relevância discutir a assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que se observa a emergência dos agravos biopsicossociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Numa análise das políticas de saúde no Brasil, de acordo com o princípio da universalidade, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os usuários de drogas, assim como suas famílias, possuem direitos de acesso aos serviços de saúde, direito que deve ser garantido em todos os níveis de atenção, e não apenas nos serviços especializados e, a Atenção Primária em Saúde envolve ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral, visto que o consumo de álcool

e outras drogas é uma questão biopsicossocial alarmante no contexto epidemiológico do Brasil, estando intrinsecamente ligado à fragilidades psicológicas e sociais (PAULA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2019).

Problemas decorrentes do abuso de drogas têm sido demandas frequentes na Atenção Primária à Saúde, como mostra o estudo de Barros e Pillon (2007), Paula et al. (2014), “os dados revelam que 61% dos entrevistados perceberam que os problemas relacionados ao uso de drogas estão presentes entre os agravos frequentes no PSF e que 89 % consideraram muito importante assistir esses pacientes”. Contudo, em estudo realizado na ESF no município de Fortaleza/CE, Paula et al. (2014) informa que são muitas as dificuldades para a efetivação do cuidado ao usuário de drogas nesse nível de atenção, apesar de a Estratégia Saúde da Família (ESF) ser um serviço de proximidade territorial que possibilita uma relação mais próxima e afetiva com os usuários de drogas e seus familiares.

A história do cuidado à usuários de drogas prestado na APS é marcada pela política pública na área da saúde e, nas políticas e práticas de enfrentamento ao consumo prejudicial de drogas. O modelo de atenção para esse grupo esteve sempre conectado ao modelo multifatorial de saúde-doença com a chamada prevenção primária atribuída autoritariamente à escola e o tratamento atribuído à psiquiatria, uma vez que o consumo vem sendo genericamente definido como doença (COELHO e SOARES, 2016).

Em pesquisa realizada por Coelho e Soares (2016), elas acreditam que o vínculo do usuário de drogas e a ESF torna-se o principal instrumento do processo de trabalho quando o objeto são as demandas trazidas, acentuando a valorização do aspecto humano permitindo a oferta de algum conforto para os sujeitos que estão em sofrimento em função do consumo de drogas.

Na Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclui as necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pois está previsto em sua redação as diretrizes e objetivos relacionados ao seu funcionamento, além de elementos constitutivos que são a Atenção Básica em Saúde (ABS), Atenção Psicossocial, Atenção de urgência e emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) publicou a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas destacando a necessidade de uma atenção centrada ao usuário, em sua comunidade e associada à rede de saúde e social local. A política tem enfoque na reabilitação e reinserção social dos usuários, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial. Essa política corrobora os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais propõem o fortalecimento das bases territoriais do cuidado em saúde mental.

Em estudo realizado por Rocha (2015) através de dados coletados em demais estudos sobre o tema, a autora identificou que houve um aumento do número de pessoas que afirmam já ter usado algum tipo de droga, pois passou de 19,4% em 2001, para 22,8% em 2005 “o que corresponde à uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco” e a pesquisa também revelou que maconha, benzodiazepínicos e estimulantes foram as drogas cujo aumento no uso foi mais relevante.

No estudo de Lima (2018) realizado em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família em uma capital do nordeste brasileiro, é relatado que 85% das pessoas que participaram de tal pesquisa, responderam “sim” em relação à já ter feito uso de drogas e das pessoas que usaram algum tipo de substância na vida 69,2% são mulheres e têm entre 20 e 39 anos (61,5%). No público masculino, identificou-se que sua maioria afirmou já ter feito uso de alguma substância ao longo da vida, apresentando em sua maioria idade entre 20 e 39 anos

(46,20%). O instrumento utilizado por esta autora, apresentava nove tipos de substâncias psicoativas (derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack, anfetamina/êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides) mas somente o álcool, o tabaco e a maconha foram citadas no estudo (LIMA, 2018).

1.6 Prevalência de Dificuldade de Locomoção nas Estratégias de Saúde da Família brasileiras

Outra patologia/comorbidade detectada é a Dificuldade de Locomoção por pacientes idosos ou de outras faixas etárias que sofreram/ algum tipo de comorbidade temporária. No Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012), caracteriza-se por usuários que apresentam algum grau de dependência para as atividades da vida diária. Neste caso, enquadram-se os idosos que moram sozinhos, acidentados, crianças/adolescentes/adultos/idosos com sua mobilidade reduzida ou inexistente.

Alcântara (2020) nos diz que *“de acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), as atividades diárias da vida (AVD) que também podem ser descritas como atividades básicas da vida, correspondem à atividades voltadas para o cuidado do próprio corpo, e dizem respeito à banhos, vestuário, nutrição, mobilidade, uso do vaso sanitário e higiene pessoal”* e é partindo dessas identificações que descrevemos os pacientes com dificuldades de locomoção.

Ainda temos a definição de pacientes com dificuldade de locomoção de Pessoa e Rocha (2011), que *“para a ESF, são considerados acamados todos os pacientes com dificuldade de locomoção e os com imobilidade prolongada, necessitando de visita de saúde para avaliação”*, identificando que dentre os pacientes com tal patologia/comorbidade, 80% são idosos e 76,7% são mulheres.

Ainda segundo Soares et al. (2019) 3,32% dos pacientes apresentavam independência quanto às atividades diárias, 30,62% necessitavam de cuidadores e 66,05% necessitam de cuidados totais, conforme o grau de mobilidade do Índice de Barthel. Carneiro et al. (2016) em seu estudo, os autores utilizaram o teste *“Timed Up and Go”* para avaliar o comprometimento funcional dos idosos, caracterizando-os com graus de comprometimento funcional.

No Censo Brasileiro de 2010 publicado em 2012, haviam 38,3% de pessoas com deficiência motora no Brasil, sendo esta a 2º maior deficiência em prevalência, para o grupo de pessoas com idade entre 15 e 64 anos e, em relação à taxa de atividade, a deficiência motora foi a 2º mais restritiva, apresentando taxa de 63,7% para homens e 43,9% para mulheres (SDH-PR/SNPD, 2012).

Giaquini et al. (2017) em um estudo realizado em instituições de longa permanência (ILPs), no município de Passo Fundo no estado do Rio Grande do Sul, encontrou prevalência de dificuldade de locomoção de 50,3% entre os idosos, muitos utilizavam cadeira de rodas 41,7%, outros acamados 24%, uns ainda em uso de andador 16,7%, bengala 14,6% e muletas 3,1%. Dos idosos com dificuldade de locomoção, 89,6% eram dependentes para as atividades básicas de vida diária (GIAQUINI, 2017).

Holanda et al. (2015) em estudo realizado nas ILP's em João Pessoa/PB, observou o número elevado de pessoas com deficiências físicas causadas por Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), correspondendo à 36,6%, outras causas por processos traumáticos (12,5%), amputação por diabetes (8,3%), paralisia cerebral (7,5%), poliomielite (7,5%), lesão medular (5,8%), outros/não especificado (21,7%), o que acarreta dificuldade de locomoção e perda da qualidade de mobilidade.

METODOLOGIA

Quanto à metodologia foi realizada a pesquisa bibliográfica em pesquisas de sites acadêmicos como o Scielo, LILACS, NESCON/UFGM, Portal da CAPES, Google Acadêmico, priorizando artigos e trabalhos dos últimos 05 anos (2015 a 2020), no período de novembro de 2019 a setembro de 2020. Tal pesquisa caracteriza-se por pesquisa quantitativa. Com base nessa metodologia de análise, a sistematização dos resultados desta investigação em categorias, emergiu de muitas leituras, releituras e um em interação com os elementos do referencial teórico que balizam a pesquisa.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Diagnóstico Situacional de Saúde é uma ferramenta de grande valia, pois está para além de apenas conhecer a área, como também orientar as necessidades de intervenções nas questões que se fazem urgentes. Conhecer um território de atuação/trabalho possibilita construir caminhos, projetos e reflexão acerca dos problemas à serem enfrentados. Promoção, prevenção e intervenção em saúde se tornam mais eficazes quando os planejamentos perpassam pelo conhecimento do que e onde deve-se tratar.

O diagnóstico situacional de saúde é capaz de potencializar a atuação dinâmica e pontual das equipes de saúde, bem como a identificação de problemas existentes na população assistida, trazendo as equipes de saúde da família e a comunidade, a sistematização concreta os dados, as características de saúde (patologias/comorbidades) mais comuns e que delegam ações diretas. É através dele que se faz possível apurar as ações e diminuir as dificuldades, com o propósito de identificar e caracterizar os problemas existentes.

Ações de promoção, prevenção e educação em saúde, podem ser possíveis através de grupos operativos, que são uma modalidade de cuidado coletivo, devido à sua amplitude de cobertura na educação em saúde, promotor de qualidade de vida nas comunidades, ainda promovendo o acesso, o acolhimento e parcerias entre a comunidade e os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Janaina Guilhermina de. Tecnologias assistivas para a mobilidade de pessoas com deficiência. 2020. 50 f. Disponível em: <<http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2184>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; STOPA, Sheila Rizzato; BRITO, Alessandra Scalioni; CHUERi, Patrícia Sampaio, SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.297-304. ISSN 2237-9622. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ANDRADE, T. M.; FRIEDMAN, S. R. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 395-400.

BERTOLETE, J. M. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. (Org.). Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERTOLETE, J. M. (Orgs.). Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
 CARNEIRO, Jair Almeida; RAMOS, Gizele Carmen Fagundes; BARBOSA, Ana Teresa Fernandes; VIEIRA, Élen Débora Souza; SILVA, Jéssica Santos Rocha; CALDEIRA, Antônio Prates. Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(4):613-625. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt_1809-9823-rbgg-19-04-00613.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio. Análise da situação de saúde do Brasil e os desafios da assistência e vigilância das doenças crônicas. Departamento de Articulação e Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

COELHO, Heloisa da Veiga; SOARES, Cássia Baldini. As práticas na atenção primária à saúde relacionadas ao consumo nocivo de drogas. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.48 no. spe, São Paulo, ago. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600016>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Protocolo para hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100295&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FERREIRA, Marina Carvalho. Projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Claudionor do Valle Ferreira, no município de Belmiro Braga, Minas Gerais. 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/30678>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

FREITAS, Anna Júlia de Souza; ARAÚJO, Maria Fátima Gonçalves de; OLIVEIRA, Brunna Emanuely Guedes de; FELIX, Daiana Mendes; RÊGO, Cadmo Vinícius Lopes; GUEDES, Ivania Alves; MOURA, Alícia Santos de; QUEIROZ, Maria do Socorro Ramos de. IDENTIFICAÇÃO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E INCENTIVO AS MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*, v. 16, n. 3, jul/set 2020. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/5598/0>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

GIAQUINI, Francine; LINI, Ezequiel Vitório; DORING, Marlene. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/144575>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

HOLANDA, Cristina Marques de Almeida; LOUISE, Fabienne; ANDRADE, Juvêncio Paes de; BEZERRA, Maria Aparecida; NASCIMENTO, João Paulo da Silva; NEVES, Robson da Fonseca; ALVES, Simone Bezerra; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Redes de apoio a pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):175-184, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00175.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas, 9 ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

LIMA, Ana Izabel Oliveira; DIMENSTEIN, Magda. O Consumo de Álcool e outras Drogas na Atenção Primária (Consumption of Alcohol and Other Drugs in Primary Care). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.26, p.46-65, 2018.

LOBO, Larissa Aline Carneiro; CANUTO, Raquel; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; PATTUSSI, Marcos Pascoal. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017, vol.33, n.6, e00035316. Epub July 03, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00035316>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

LOURO, Maíra Barros. Tendência temporal das comorbidades referidas sobrepeso-diabetes na população adulta brasileira, 2006 a 2014. Belo Horizonte: 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca; MACHADO, Ísis; Eloah; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; AZEREDO, Cimar; SZWARCOWALD, Celia Landman. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.0121, supl. 1, e180021, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200419&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MEIRA, Maria Luiza Gandra de. Em busca do controle de comorbidades crônicas no município de Couto de Magalhães de Minas: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Em_busca_do_controle_de_comorbidades_cronicas_no_municipio_de_Couto_Magalhaes_de_Minis__hipertensao_arteial_e_diabetes_mellitus_/453>. Acesso em: 16 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137. :il. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em 22 de jun de 2020.*

MAGDALENO, Beatriz Rafaela Valdes. Obesidade em adultos na UBS Maria de Lourdes B. de Barros, município União Palmares/AL. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Maceió, 2015. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

ROCHA, Arthur S.; MENEGUETTI, Bianca B.; VASCONCELOS, Douglas F.; MAGALHÃES, Gabriela S.; NOGUEIRA, José Roberto C.; NEVES, Júlia M. Doença Hepática Alcoólica no Brasil, Uma Visão Epidemiológica (ALCOHOLIC LIVER DISEASE IN BRAZIL, AN EPIDEMIOLOGIC VIEW). *Revista Caderno de Medicina*, No. 1, Vol. 1, 2018, 43p.

SANTIAGO, Emerson Rogério Costa; DINIZ, Alcides da Silva; OLIVEIRA, Juliana Souza; LEAL, Vanessa Sá; ANDRADE, Maria Izabel Siqueira de; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2019, vol.113, n.4, pp.687-695. Epub Aug 15, 2019. ISSN 1678-4170. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20190145>>. Acesso em: 23 de mar. 2020.

SILVA, C. S. S. L; KOOPMANS F. F; DAHER D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista PróUniverSUS*. 2016 Jan./Jun.; 07 (2): 30-3.

SILVA, Patrícia Ribeiro da; SILVA, André Ribeiro da. Dificuldades na adesão ao tratamento de idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados no município de Fortaleza do Taboão-TO. *Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Sílvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020.* Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SOARES, Daniela Ferreira. Adesão ao tratamento e controle da diabetes mellitus na estratégia saúde da família belo horizonte- minas gerais 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DANIELA-FERREIRA-SOARES.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith and MENANDRO, Paulo Rogério Meira. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. *Physis* [online]. 2015, vol.25, n.4, pp.1335-1360. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400015>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

**AÇÕES E INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE
COMORBIDADES MAIS PRESENTES EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA
BRASILEIRAS**

Actions And Interventions In The Treatment And Prevention Of Comorbidities Most Present In
Brazilian Family Health Strategies

Priscyla Paulina SILVA
Ivy Scorzi Cazelli PIRES
Lucilene MIRANDA
Vanessa FERREIRA

RESUMO

O presente estudo traz como ponto principal, a relevância dos diagnósticos situacionais de saúde dentro do âmbito da Atenção Primária em Saúde, realizado nas Estratégias Saúde da Família no contexto nacional, para orientar ações de promoção, prevenção e educação permanente em saúde tanto para profissionais como para a comunidade em geral. Acredita-se que o diagnóstico situacional seja um dos instrumentos de gestão mais importantes para o planejamento dos cuidados dentro de uma determinada área de saúde pois é através dele que se embasa toda tomada de decisão. Conhecer a situação de saúde da área de abrangência da ESF torna-se relevante por subsidiar novas discussões na gestão em saúde e para o planejamento de ações de saúde visando à melhoria contínua das condições de saúde da população assistida.

Palavras-chave: Diagnóstico situacional de saúde. Planejamento de Saúde. Educação Permanente em Saúde. Atenção básica de saúde.

ABSTRACT

The present study brings as a main point, the relevance of situational health diagnoses within the scope of Primary Health Care, carried out in the Family Health Strategies in the national context, to guide actions of promotion, prevention and permanent education in health for both professionals and professionals. for the wider community. Situational diagnosis is believed to be one of the most important management tools for planning care within a given health area because it is through it that all decision making is based. Knowing the health situation of the area covered by the FHS becomes relevant for supporting new discussions in health management and for planning health actions aimed at the continuous improvement of the health conditions of the assisted population.

Keywords: Situational health diagnosis. Health Planning. Health Education. Primary health care.

INTRODUÇÃO

Entende-se por diagnóstico situacional ou organizacional como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. É

uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações (REZENDE et al., 2010; SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016). Para Duarte (2003), a realização da análise da situação de saúde de determinado local é fundamental para embasar a tomada de decisão dos profissionais e gestores, pois a situação de saúde aponta evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais ao planejamento das ações em saúde. Conhecer a situação de saúde da área de abrangência da ESF torna-se relevante por subsidiar novas discussões na gestão em saúde e para o planejamento de ações de saúde visando à melhoria contínua das condições de saúde da população.

Para planejar e direcionar as ações de saúde, é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades de saúde e das equipes de ESF, compreendendo que se faz importante a participação da população e de toda a equipe (SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

Com isto, é possível entender a relevância na realização do levantamento das necessidades apresentadas pela comunidade, para identificar os reais problemas existentes e intervir de forma que permita a manutenção da qualidade de vida. A identificação das necessidades de uma comunidade, auxilia no estabelecimento de uma atenção integral, onde com base nos princípios do SUS, permite que a população tenha a garantia do “fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistências” (SILVA, KOOPMANS e DAHER, 2016).

Em estudos recentes, e também em alguns mais antigos, que estão relacionados aos trabalhos de prevenção e promoção em saúde, bem como de educação em saúde - tanto para a população quanto aos profissionais - temos visto êxito nas ações e na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Em um estudo realizado por Silva e Silva (2020), a prática das atividades de educação em saúde, apresentou-se importante como forma de vínculo ao tratamento do pré diabético, acrescentaram ainda que o que o profissional de saúde deve incentivar a promoção de atividades multidisciplinares coletivas e/ou individuais de educação em saúde para usuários e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais dos usuários, com ênfase no empoderamento e na autonomia para o autocuidado sempre. Também complementam que: *“as atividades em grupo ou as consultas individuais estimulam maior aproximação das reais necessidades daquele grupo específico de pessoas. Assim, a atenção pode ser, ora individualizada, ora coletiva, com ampla socialização e troca de experiências/vivências exitosas dos próprios usuários. A utilização de ferramentas lúdicas adotadas pela equipe de saúde que pretende oferecer assistência de melhor qualidade e com resolutividade na simulação de técnicas sobre os cuidados necessários aos pés, assim como a prevenção de complicações aos portadores de DM, são de suma importância para incentivar a reflexão sobre o cuidado, não apenas por parte dos indivíduos acometidos pela doença, mas também dos seus cuidadores e familiares que auxiliam na atenção diária”* (SILVA e SILVA, 2020).

Estudos comprovam que atividades relacionadas à intervenção, promoção, prevenção e educação permanente em saúde têm dado bons resultados junto à população e aos profissionais de saúde nas ESF de todo país (GONÇALVES, 2014; LAVERNIA, 2015; SILVA, 2015; CAMARGOS, 2018; CASTILHO, 2018; ARAÚJO e LEITE, 2019; SILVA e SILVA, 2020; SILVA, DUARTE, ACIOLI, 2020; SILVA et al., 2020; BALDIM, 2020; SOUZA et al., 2020; COTRUM et al., 2020; OLIVEIRA E SILVA, 2020; MONTEIRO e SILVA, 2020; SILVEIRA e SILVA, 2020; MOURA e SILVA, 2020), independente da

patologia/comorbidade que é trabalhada, visto que a informação como meio de educação e afinidade são aliados no processo eficaz de cuidados. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2018), ao preconizar o cuidado às pessoas e à comunidade, mobiliza a organização dos serviços e a prática profissional para as demandas das necessidades de uma comunidade. A governabilidade no processo de saúde indica uma parceria, uma pactuação entre as partes envolvidas, além do fortalecimento dos vínculos num processo que envolva a corresponsabilização para a tomada de decisões, ações e promoção de saúde (SILVA et al., 2020). Dentro desse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma grande aliada, pois ao auxiliar os profissionais de saúde das ESF, também auxiliam de forma direta, os usuários do sistema de saúde.

A Educação Permanente em Saúde oportuniza uma prática reflexiva e dialógica promovendo o protagonismo dos profissionais no processo ensino-aprendizagem fomentando o empoderamento através do conhecimento (SILVA et al., 2020).

Souza et al. (2020) adotam o conceito de educação permanente em saúde (EPS) descrito na Política Nacional para Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Ministério da Saúde (2003), como uma proposta “ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde”, política que tem como foco a “formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade” (SOUZA et al., 2020). Assim, a EPS representa a aprendizagem-trabalho, ou seja, sua proposta se dá no cotidiano das pessoas e das organizações de saúde, com isso, a promoção de saúde traz à pauta dos profissionais questões que ultrapassam o patológico e sua medicalização. Em seu estudo SOUZA et al. (2020) nos diz que os projetos de intervenção podem propor processos de libertação e de transformação social.

Baldim (2020) em seu estudo, complementa a ideia de educação permanente em saúde (EPS) baseada nas ideias de Ruiz et al. (2006), pois a mesma tem ganhado destaque através dos recursos remotos como a tele-educação, e “inúmeros benefícios são trazidos pela educação apoiada por tecnologia, tais como: velocidade de acesso à informação, rapidez de atualização do conteúdo, aprendizagem supervisionada, facilidade de distribuição da informação e flexibilidade”.

Ainda sobre seu estudo, Moreira et al. (2002) apud Baldim (2020) revela que um estudo realizado no Rio de Janeiro com profissionais de ESF que receberam treinamento, obtiveram bons resultados pós avaliação, afirmando que houve um aumento de suspeição do diagnóstico e o aumento no número de profissionais atuando no controle da doença.

Diante do exposto, a EPS é necessária e também um mecanismo de aprendizagem que serve aos profissionais de saúde e também à comunidade, que vem se beneficiar dos conhecimentos apreendidos em projetos de intervenção, promoção e prevenção em saúde, visto que toda ação no campo da saúde é uma ação conjunta profissionais-comunidade.

As ações de intervenção que são realizadas nas ESF pelo país, nos revelam que muitas dessas intervenções estão relacionadas à adesão do paciente ao tratamento e controle das patologias/comorbidades e, no caso da HAS, na introdução de protocolos como instrumento à ser usado nas consultas e para o acompanhamento do paciente (MEIRA, 2015; SILVA, 2015; LAVERNIA, 2016; DANTAS e RONCALLI, 2019).

Para Anício (2019) os grupos educativos em saúde devem ser considerados um dos principais meios para construção do saber em saúde, visto que “permitem a complementaridade de saberes científicos e saberes populares”. Um grupo operativo é composto por profissionais e usuários do sistema de saúde e cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de atender e praticar a educação em saúde como um processo de troca de

saberes e construção de conhecimento em saúde. Essa prática contribui para a autonomia do cuidado e a melhor adesão ao tratamento (ANÍCIO, 2019).

Silva (2015) em sua pesquisa e proposta de intervenção no município de São Pedro do Suaçuí/MG identificou que há ausência de grupos educativos e de educação em saúde para a comunidade, com adesão e continuidade ao trabalho, profissionais pouco motivados para a continuidade do trabalho em grupo, profissionais pouco preparados para tal trabalho, pouco acolhimento à demanda do paciente, alta demanda de atendimento clínico e muitos pacientes descompensados em suas situações de saúde como a hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus*. Silva (2015) propõe ainda a conscientização e capacitação da equipe de saúde quanto às cronicidades clínicas existentes no território e implantar grupos operativos e educativos que trabalhem a escuta, a formação de vínculo equipe-paciente, instrua quanto aos cuidados de saúde, a medicalização, atividades físicas regulares e alimentação.

Silva e Silva (2020) já nos trazem em seu trabalho na Equipe de Saúde em Fortaleza do Taboão-TO, o desafio que é trabalhar, instruir, conscientizar a medicalização e os demais cuidados aos pacientes portadores de DCNT quando estes são analfabetos, porém reafirmam que é possível realizar um bom trabalho, com a implementação de um método mais ludificado e explicativo/acessível, os idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados ou ainda que possuem alguma dificuldade em entendimento, poderão fazer o uso correto das medicações prescritas, mantendo assim, os níveis pressóricos e glicêmicos no padrão adequado.

Acredita-se que a partir do conhecimento dos problemas de não adesão dos pacientes ao tratamento, visto que ainda são a HAS e a DM as maiores causas de procura por atendimento e os agravos mais prevalentes na região, e também as estratégias saúde da família no Brasil, a realidade pode ser mudada (MONTEIRO e SILVA, 2020). Oliveira e Silva (2020) acreditam ser um desafio para as equipes saúde da família o trabalho com hipertensos, visto que a hipertensão arterial é um dos fatores que ocasionam com maior frequência as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. E dado a complexidade dessa patologia, consideram a necessidade e desafio de convencimento do usuário quanto à importância de compreender o significado da doença e seu tratamento, assim, vislumbram a eficácia e realização de campanhas esclarecedoras no contato direto com os usuários, ação esta que deve envolver todos os atores sociais - ESF, paciente e familiares. Para os autores, o desafio ainda permanece e para atingir o objetivo que é o comprometimento, também se faz necessário, o comprometimento dos gestores, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral “para que, de forma solidária e partilhada, sejam enfrentados os problemas definidos como prioritários” (OLIVEIRA E SILVA, 2020).

No que se refere às patologias/comorbidades mais encontradas nas ESF no Brasil, temos a *Diabetes Mellitus* e suas consequências, e os desafios e problematizações acerca dos cuidados. A DM requer cuidados, orientações, conscientização, uso da medicação correta, hábitos e mudanças de hábitos mais saudáveis como a atividade física e a alimentação. Marinho e Silva (2020) no estudo realizado na ESF no município de Luziânia/GO nos trazem que a maior dificuldade é a adesão dos 158 pacientes ao farmacológico, assim, foi pensada uma proposta que atendesse à essa necessidade encontrada, pois a descontinuidade de uso de medicação e mudança de hábitos é o maior complicador para o tratamento. Pensar em estratégia que contemple essa necessidade é um desafio, pois perpassa ao desejo do paciente em tratar-se. Daí a importância de grupos, campanhas, adesão e conscientização dos familiares quanto aos possíveis agravos de saúde. Nesse caso, a educação em saúde em grupos operativos é uma opção possível e com grande possibilidade de efetividade. Monteiro e Silva (2020) em seu trabalho tiveram como objetivo a elaboração de um plano de ação interventivo na UBS em Quirinópolis (GO), sobre a promoção de saúde voltada à pacientes

hipertensos e diabéticos, a fim de reduzir a incidência dessas patologias e aumentar a adesão ao tratamento, o que relatam ser um projeto com grande possibilidade de efetivar-se positivamente.

O Ministério da Saúde possui uma política integrada de promoção, prevenção e intervenção e tratamento quanto ao alcoolismo e ao uso/dependência de drogas, é a Política Do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas, o que nos faz entender que pode haver uma indissociabilidade nas intervenções nas ESF. Contudo, a procura dos pacientes alcoolistas bem como usuários/dependentes de drogas tem aumentado nas ESF e para Moura e Silva (2020), o álcool ainda é o tipo de droga que mais traz danos à sociedade pois seu consumo vem aumentando entre os adolescentes e jovens, também aumentando concomitantemente, o índice de doenças como as IST. O alcoolismo é um problema que afeta o indivíduo, em seu contexto familiar, social, psíquico, espiritual, emocional, e assim, causa uma desagregação no sistema familiar e requer tratamento (MOURA E SILVA, 2020). Desta forma os autores sugeriram uma proposta de intervenção preventiva juntamente com a ESF localizado no município de Jaú do Tocantins/TO, devido ao considerável aumento na incidência do uso de álcool por parte dos adolescentes e jovens, nas escolas (GONÇALVES, 2014; MOURA E SILVA, 2020).

O uso abusivo, bem como a dependência ao uso de drogas tem sido tema de muitas discussões em ESF, pois esta população tem crescido muito e em sua maioria são adolescentes e jovens. Encontramos alguns estudos de propostas de intervenção para reduzir consumo, danos, combate ao uso nocivo e assistência ao usuário (CHACÓN, 2016; SILVA, 2014; ÁLVARES, 2016; PAULA et al., 2014; SOUZA E RONZONI, 2018), e todos tratam essa temática dentro da APS, seja UBS ou ESF. Falar abertamente do assunto, ouvir os usuários, entender seu consumo, apresentar as possíveis consequências sociais, biológicas, culturais, levar esses jovens para dentro da UBS, incluí-los em programas de prevenção e promoção à saúde como redução de danos, IST, planejamento familiar e violência doméstica (CHACÓN, 2016; SILVA, 2014; ÁLVARES, 2016; PAULA et al., 2014; SOUZA E RONZONI, 2018).

Para Chacón (2016) é fundamental promover um espaço de discussão sobre as questões relacionadas à prevenção das drogas vinculando ao desenvolvimento do protagonismo juvenil focando na saúde e na prevenção, bem como propiciar a discussão de fatos cotidianos relacionados ao uso, abuso e/ou tráfico de drogas, refletindo sobre as formas de se proteger, individual e coletivamente, das situações de vulnerabilidade, através da educação continuada sobre os riscos do uso e abuso de drogas.

Para Paula et al. (2016) e Álvares (2016) as principais ações devem estar voltadas à escuta, ao acolhimento e ao aconselhamento às famílias e usuários, pois é necessário que se reafirme o cuidado, visto que o início do consumo de álcool e drogas aumenta o risco de abandono escolar, aumentando e perpetuando o ciclo de pobreza. Uma família com elementos dependentes do álcool e drogas é sempre uma família disfuncional com maior risco de violência doméstica, negligência de cuidados e maior risco de outras doenças como a depressão, ansiedade, somatização, devendo também ser trabalhado para além muros da ESF, adentrando em espaços como escolas (PAULA et al., 2016; ÁLVARES, 2016; SOUZA E RONZONI, 2018).

Castillo (2018) em seu estudo numa UBS no município de Contagem/MG elaborou um projeto de intervenção por meio de ações educativas que promovessem a diminuição/controlar dos fatores de riscos de alcoolismo na área de abrangência da ESF. Para este autor, “os alcoólatras estão 10 vezes mais sujeitos a qualquer forma de câncer que a população em geral, embora estudos mais recentes considerem que não há correlação direta entre o consumo de álcool e câncer de estômago”, assim é essencial planejar atividades que

envolvam os familiares, para uma melhor compreensão da doença, o tratamento medicamentoso também pode ser útil em associação com a psicoterapia. Estudos têm demonstrado que os usuários de substâncias psicoativas (álcool e drogas) tendem a procurar menos os cuidados da atenção básica à saúde, buscando em sua maioria, os hospitais e serviços de emergência, quando os sintomas do alcoolismo já apresentam problemas físicos e mentais (CASTILLO, 2018).

Diante disso, a ESF, além de oferecer o tratamento farmacológico, tem oportunidades de intervenção preventiva para agravos provocados pelo uso abusivo do álcool, realizando, com o alcoólatra e seus familiares, atividades educativas, relacionadas à prevenção dos agravos e à promoção da saúde. Vale ressaltar a importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de outros instrumentos da comunidade, como escolas, associações comunitárias (CASTILLO, 2018).

E mais uma vez encontramos a educação da população como fator fundamental para a redução dos danos causados por patologias/comorbidades, dentre elas o uso do álcool, sendo que as ações preventivas “devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, tendo como fundamento uma visão compreensiva do consumo do álcool como fenômeno social, e ao mesmo tempo individual” (CASTILLO, 2018).

Araújo e Leite (2019) em seu estudo em uma UBS no município de Redenção do Gurgueia/PI, dizem que é fundamental para a efetivação do trabalho com dependentes químicos (álcool e/ou drogas) “trabalhar a sensibilização dos gestores, das equipes, pacientes e comunidade”. Acreditam que as intervenções breves “são instrumentos de triagem, com aplicações rápidas” e com poder de avaliação da educação em saúde, ao mesmo que cria medidas para a prevenção ao uso excessivo do álcool, motiva e auxilia na conscientização do indivíduo a reconhecer que é um dependente químico e conseqüentemente tratar o problema, evitando que torne maior e com conseqüências para a saúde, para as relações familiares, possibilitando ao indivíduo a autonomia e autoridade na tomada de decisões e escolhas (ARAÚJO E LEITE, 2019).

Os autores ainda identificaram que há grande dificuldade em implementação de medidas preventivas ao uso excessivo do álcool em UBS, porque alguns profissionais sentem-se despreparados, ou ainda, não acreditam na possibilidade de resolução de problemas com práticas na atenção primária, além da falta de aceitação dos gestores em adesão à proposta e busca pela capacitação dos profissionais e inserção de pessoal especializado em Saúde Mental, além de melhorias nas estruturas físicas das unidades, bem como do entendimento do paciente quanto à sua doença (GONÇALVES, 2014; CASTILLO, 2018; ARAÚJO E LEITE, 2019, MOURA E SILVA, 2020).

Para Lavernia (2015) que realizou seu estudo em um município do Vale do Jequitinhonha identificou a obesidade como um fator determinantes e associado a demais patologias/comorbidades, seu projeto de intervenção consistia no controle da obesidade e das doenças decorrentes, como fator principal a conscientização e a prevenção, com um trabalho feito em equipe multidisciplinar, com visitas domiciliares e implantação de grupos operativos.

Para Coelho e Filho (2019) a obesidade é a “epidemia do século” e o trabalho ao combate à obesidade se faz urgente. O trabalho realizado na colônia do Gurgueia/PI é composto por 3 ESF e iniciou-se no levantamento da situação nutricional dos habitantes onde destacou-se a obesidade infantil e a necessidade de um plano que pudesse ser executado também com o Programa Saúde na Escola, os autores ainda acrescentam que o estudo demonstrou que a obesidade é “uma condição multifatorial”, estando relacionada à “uma

associação de fatores que podem ser: biológicos, comportamentais, geracionais, sociais, econômicos e culturais” (VITAL, 2015; COELHO E FILHO, 2019).

O tratamento recomendado para crianças e adultos, é baseado em dieta e exercícios, ou seja, o estilo de vida deve ser melhorado para o sucesso do tratamento, bem como avaliações clínicas laboratoriais e antropométricas, bem como a educação alimentar para todos os familiares (LAVERNIA, 2015; SILVA, 2015; COELHO E FILHO, 2019).

Para Braga (2020) em sua pesquisa em um município de Minas Gerais, especificamente com os enfermeiros, identificou fragilidades nos trabalhos com grupos, bem como possibilidades de intervenção que servem aos demais grupos temáticos de outras patologias, para além da obesidade. A autora considera que o enfermeiro seja um líder da equipe de saúde, tanto para a coordenação do serviço, com para a realização de intervenções voltadas para o “gerenciamento das doenças crônicas no âmbito dos cuidados primários”, como também no incentivo, na qualificação da equipe, na implementação de grupos (como controle de peso e caminhadas), o que propicia a adesão da população aos cuidados com a própria saúde. Sugere também a implantação de ações junto às escolas, por ser este um ambiente que pode influenciar a melhoria da escolha alimentar, resultando em hábitos saudáveis de vida. O único dificultador identificado foi a limitação de conhecimentos da obesidade, por não serem profissionais da nutrição (BRAGA, 2020).

Camargos (2018) nos traz uma proposta de intervenção de fluxo de atendimento para pacientes acamados, o que pode ser reavaliado por cada ESF para sua realidade e também aos pacientes com dificuldades de locomoção, que necessitem de atendimentos e visitas domiciliares constantes. O autor acredita que esse projeto faz-se eficiente pois, ao cuidar do doente dentro de seu espaço social e familiar, isso auxilia em sua recuperação, causando menos estresse quanto à locomoção e demais situações evitáveis.

É importante saber, que todos os projetos de intervenção, promoção de saúde e prevenção em saúde realizados e idealizados pelas ESF devem ser desenvolvidos conforme a realidade local, e para isso, o diagnóstico situacional de saúde se faz um instrumento de extrema importância, pois há diferenças importantes em micro áreas de uma mesma ESF o que também pode ocorrer de uma ESF para outra, de uma região para outra, o que descaracteriza uma prévia idealização comum de ações. Desta forma, propõe-se que os projetos de intervenção, a fim de criar estratégias práticas visando abordar a problemática pontual e produzir indivíduos mais orientados de seus aspectos biopsicossociais e ativos em seu adoecimento e estados emocionais, pois toda patologia/comorbidade traz em si aspectos intrapessoais e comunitários muito específicos.

Contudo, através do estudo realizado, foi possível identificar que as ESF no Brasil, tem investido na realização do conhecimento da sua população assistida, bem como da área de abrangência que estão inseridas, o que é possível considerar que a realização de Diagnósticos Situacionais são relevantes e grande instrumento de coleta, identificação e promotor de ações nas ESF.

Diante do cenário de ensino e saúde, os municípios, e conseqüentemente a Atenção Primária em Saúde podem contar com programas, projetos, parcerias e contratos com centros universitários e universidades de ensino superior, através de estágios na área. Podem ser estágios voluntários assistidos por profissionais das ESF, bolsistas dos cursos de graduação, alunos dos diversos programas de pesquisa e extensão, mestrandos e doutorandos que como contra partida, discutida junto às gestões, podem oferecer produtos como capacitações para as equipes de saúde, execução de projetos de prevenção e promoção à saúde, assistência em saúde nos diversos espaços profissionais e de atuação desses estudantes dentre outras milhares de possibilidades que podem ser construídas entre a universidade e os municípios.

Há benefício para ambos envolvidos, e tanto a gestão como as universidades necessitam compreender os ganhos e benefícios dessa parceria.

METODOLOGIA

Quanto à metodologia foi utilizada a pesquisa bibliográfica em pesquisas de sites acadêmicos como o Scielo, LILACS, NESCON/UFMG, Portal da CAPES, Google Acadêmico, priorizando trabalhos realizados nos últimos 05 anos, ou seja, de 2015 a 2020. Os dados foram coletados no período compreendido entre novembro de 2019 e setembro de 2020. Tal pesquisa caracteriza-se por pesquisa quantitativa. Com base nessa metodologia de análise, a sistematização dos resultados desta investigação em categorias, emergiu de muitas leituras, releituras e um em interação com os elementos do referencial teórico que balizam a pesquisa.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

É possível verificar ao longo do texto, como os diagnósticos situacionais de saúde se fazem ferramenta importante no processo de construção de demais instrumentos voltados ao conhecimento da área de abrangência, na orientação das ações da Atenção Primária em Saúde, que é a promoção, prevenção e educação permanente tanto aos profissionais de saúde como para a população geral. Visto que ele, o DSS, direciona o trabalho rumo a eficácia e a eficiência, já que demonstra onde está a necessidade, enquanto intervenções, da população. Conhecer a situação de saúde da área de abrangência da ESF torna-se relevante por subsidiar novas discussões na gestão em saúde e para o planejamento de ações de saúde visando à melhoria contínua das condições de saúde da população assistida.

REFERÊNCIAS

- ANÍCIO, Valéria Alvarenga. PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS. Contagem, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/32918/1/VAL%20C3%89RIA%20ALVARENGA%20AN%20C3%8DCIO.pdf>> Acesso em 22 de agosto de 2020.
- ARAÚJO, Maria Pedrina Lima de; LEITE, Leila Leal. Proposta de intervenção para implementação de estratégia de detecção e prevenção ao uso excessivo de álcool na atenção primária. 2019. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/12003>>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- BALDIM, Letícia Botigeli. Ensino em saúde e conhecimento sobre hanseníase entre os profissionais de saúde da atenção básica. Campinas: SP [s.n.], 2020.
- BRAGA, Vanessa Augusta Souza; JESUS, Maria Cristina Pinto de; CONZ, Claudete Aparecida; SILVA, Marcelo Henrique da; TAVARES, Renata Evangelista; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa.
- BRAGA, Vanessa Augusta Souza; JESUS, Maria Cristina Pinto de; CONZ, Claudete Aparecida; SILVA, Marcelo Henrique da; TAVARES, Renata Evangelista; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade

Básica de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2020, vol.73, n.2, e20180404. Epub Mar 09, 2020. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0404>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

CAMARGOS, Fernanda Silva. Proposta de implantação de fluxo de atendimento ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de lesão por pressão, pela Estratégia Saúde da Família Ângela Francisca – Esmeraldas-MG: um projeto de intervenção. Belo Horizonte: ESP-MG; 2018. Disponível em: <<http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/56/TCC%20Fernanda%20Silva%20Camargos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

CASTILLO, Rennell Leon. Projeto de intervenção para redução do alcoolismo na população da Unidade Básica de Saúde Vila Nova Esperança, Equipe - 13, Distrito Vargem das Flores, município de Contagem - MG. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/RENNELL-LEON-CASTILLO.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

CHACÓN, Uvarnel Maceo. Proposta de intervenção para reduzir o consumo de drogas pelos adolescentes no território da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília em Belo Horizonte - MG. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.* v 12, n 2, pag 61-62, Abr/Jun, 2003.

GONÇALVES, João Paulo Ramos. Alto índice de alcoolismo na comunidade de Vila Nova dos Poções: projeto de intervenção. 29f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Janaúba, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Alto_indice_de_alcoolismo_na_comunidade_de_Vila_Nova_dos_Pocoas__projeto_de_intervencao/445>. Acesso em: 17 jul. 2020.

LAVERNIA, Sonia Gomez. Projeto de Intervenção para reduzir o número de adultos obesos na Estratégia Saúde da Família Geraldo Alves Ferreira no município de Couto de Magalhães de Minas-MG. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Diamantina, 2015. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/LAVERNIA,%20Sonia%20Gomez/1010>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MONTEIRO, Rodney Rosa; SILVA, André Ribeiro da. Promoção de Saúde para diabéticos e hipertensos: um projeto de intervenção na unidade básica de saúde 4 no município de Quirinópolis-GO. *Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria* - Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020. Disponível em:

<<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>.
Acesso em: 17 jul. 2020.

MOURA, Bernard Pereira Barros; SILVA, André Ribeiro da. A intervenção preventiva da equipe multidisciplinar na atenção primária de Novo Horizonte – Jaú do Tocantins, trabalhando a prevenção do alcoolismo com um olhar voltado para os adolescentes. Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020. Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>.
Acesso em: 17 jul. 2020.

OLIVEIRA, Rodrigo de Souza; SILVA, André Ribeiro da. Hipertensão Arterial Sistêmica: desafio para os programas de Saúde da Família na Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Rio Verde-GO. Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020. Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>.
Acesso em: 17 jul.2020.

PAULA, Milena Lima de; JORGE, Maria Salette Bessa; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; ALBUQUERQUE, Renata Alves. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, June 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020.

REZENDE, Ana Clara; SANTOS, Cristiane; BIAZINI, Heirischy; MIRANDA, Mariane Mendes; CARVALHO, Lilian E. Marques; CASTRO, Regina Célia de; ALMEIDA, Luciana Martins Rocha de. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. UFMG. Belo Horizonte, 2010. 65p.

SILVA, C. S. S. L; KOOPMANs F. F; DAHER D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. *Revista PróUniverSUS*. 2016 Jan./Jun.; 07 (2): 30-3.

SILVA, Cotrim, et al. Avaliação do pré-natal de usuárias cadastradas em uma estratégia saúde da família de uma cidade do Pará. *Revista artigos. Com*, v. 17, p. E3466, 21 maio 2020.

SILVA, Leonel Ribeiro. Educação em Saúde para hipertensos no município de São Pedro do Suaçuí/MG: uma proposta de intervenção. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao_saude_para_hipertensos_no_municipio_sao_pedro>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SILVA, Monica Cibele Felix da; DUARTE, Wellington Bruno Araújo; ACIOLI, Moab Duarte. SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.12, n.31, p.287-311, 2020.

SILVA, Patrícia Ribeiro da; SILVA, André Ribeiro da. Dificuldades na adesão ao tratamento de idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados no município de Fortaleza do Tabocão-TO. Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020. Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SILVA, Poliana Avila, et al. Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 24, e190514, 2020. Epub 29-Maio-2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100238&lng=pt&nrm=iso> e <<https://doi.org/10.1590/interface.190514>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

SOUSA, Rosa Gouvêa de; SOALHEIRO, Gabriela Pires Dornelas; SANTOS, Letícia Oliveira; GONÇALVES, Lucas Lobato Isaac; HORTA, Guilherme Brasil de Sousa; PREVIATO, Isadora Barros; MENDES, Breno Villela; REZENDE, Bruna Alvarez. IMPACTOS DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA. Saberes Interdisciplinares, n. 25, p. 90-99, janeiro-junho 2020. Disponível em: <<http://186.194.210.79:8090/revistas/index.php/SaberesInterdisciplinares/article/view/372>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

VITAL, Mirella Shayanne Barbosa. Obesidade: uma proposta de intervenção no município de Taquarana/AL. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Maceió, 2015.

Caracterização da Situação de Saúde das ESF estudadas: A importância do Diagnóstico Situacional em Saúde para o planejamento de ações em saúde na estratégia saúde da família

Characterization of the Health Situation of the studied ESF: The importance of the Situational Health Diagnosis for planning health actions in the family health strategy

Priscyla Paulina Silva

Mestre em Ensino em Saúde Programa EnSa UFVJM - Psicóloga Clínica

Ivy Scorzi Cazelli Pires

Doutora - Professora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde - EnSa /UFVJM

João Luiz de Miranda

Doutor - Professor da Faculdade de Odontologia e do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde - EnSa/UFVJM

Fábio Tadeu Lourenço Guimarães

Doutor - Professor da Faculdade do Departamento de Nutrição e do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde - EnSa/UFVJM

Luiz Fernando Abasse Maciel

Médico Especialista em Saúde da Família/Unimontes

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar o Diagnóstico Situacional de Saúde de duas Estratégias Saúde da Família, uma situada ao Vale do Jequitinhonha (ESF 01) e a outra na região da Bacia do Médio Rio das Velhas (ESF 02), possibilitando levantamento de dados para um possível planejamento de ações e intervenções com a comunidade. Acredita-se que o diagnóstico é uma importante ferramenta de gestão, identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de determinada população o que possibilita a caracterização da situação de saúde das ESF estudadas, conseguindo assim, conhecer, mapear e sugerir ações de promoção, prevenção e intervenção na área de abrangência caracterizada. Usou-se como metodologia, a análise descritiva. A coleta de dados ocorreu na Estratégia Saúde da Família 01, no segundo semestre de 2019 e a coleta de dados da Estratégia Saúde da Família 02, no primeiro semestre de 2020, através dos dados do programa e-Sus. Percebe-se que há um grande número de usuários e indivíduos concentrados na faixa etária de 18 a 59 anos, nas duas Estratégias Saúde da Família estudadas, correspondendo a 53,59% na ESF 01 e 59,22% na ESF 02 do total geral da população assistida e adscrita. Na faixa etária de idosos, na ESF 01, é que ocorre maior concentração de patologias/comorbidade, com percentual de 37,36%, para um total de 750 enfermos e na ESF 02, ou seja, 100% do público idoso apresenta alguma patologia/comorbidade. Nos dois municípios há grupo de atividades físicas para idosos, onde pessoas de outras faixas etárias participam, pois, também funciona como um espaço de cuidados e orientações referentes à hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e obesidade, mas que não é especificamente para tratar de tais patologias/comorbidades como meio de educação em saúde comunitária.

Palavras-chave: Diagnóstico situacional de saúde. Estratégia saúde da família. Atenção básica de saúde. Ações nas ESF's.

ABSTRACT

The present study aimed to carry out the Situational Health Diagnosis of two Family Health Strategies, one located in the Jequitinhonha Valley (ESF 01) and the other in the Middle Rio das Velhas Basin region (ESF 02), making planning possible actions and interventions with the community. It is believed that the diagnosis is an important tool for the management, identification, description, prioritization and explanation of the health problems of a certain population, which allows the characterization of the health situation of the studied FHS, thus being able to know, map and suggest actions of promotion, prevention and intervention in the area covered. The descriptive methodology was used as the data collection occurred in the Family Health Strategy 01 in the second semester of 2019 and the data collection of the Family Health Strategy 01 took place in the first semester of 2020 through the data from the e- Sus. It is noticed that there are a large number of users and individuals concentrated in the age group of 18 to 59 years, in the two Family Health Strategies studied, corresponding to 53.59% in ESF 01 and 59.22% in ESF 02 of the grand total of the assisted and registered population. In the elderly age group, in ESF 01, there is a greater concentration of pathologies / comorbidity, with a percentage of 37.36%, for a total of 750 patients and in ESF 02, 100% of the elderly public has some pathology / comorbidity. In both municipalities there is a group of physical activities for the elderly, where people from other age groups participate, as it also functions as a space for care and guidance regarding arterial hypertension, diabetes mellitus and obesity, but which is not specifically to treat such pathologies. / comorbidities as a means of education in community health.

Keywords: Situational health diagnosis. Family health strategy. Basic health care. Actions in the ESF's.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, criado em 1988 pela Constituição Federal, destaca-se como uma importante política pública que garante assistência à saúde a todos os brasileiros de forma gratuita, focando na integralidade, universalidade e essencialidade da participação comunitária. Desde então, observa-se a criação de inúmeros projetos não só para ampliar as ações e os serviços de saúde do SUS, mas qualificá-los, torná-los mais eficientes e resolutivos (DUNCAN et al., 2004).

Para que um sistema de saúde seja organizado, resolutivo e estruturado, Barbosa (2018) cita Starfield (2002), que evidencia a necessidade de se fortalecer a Atenção Primária à Saúde - APS, e Mendes (2012), onde afirma tratar-se de uma solução complexa e necessária, com

capacidade de 85% de resolução dos problemas de saúde mais comuns da população sob sua responsabilidade. Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (BARBOSA, 2018).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) à adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, à partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva. Muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada às populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

No Brasil, a concepção da ABS desenvolveu-se à partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica.

A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidas por equipe. Além disso, estudos indicam que a APS vem se destacando pelo impacto direto na melhoria dos níveis de saúde da população, quando fortalecida e implantada adequadamente (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015).

E para a concretização das propostas da APS e contribuição na efetivação do SUS, criou-se em 1994 o Programa de Saúde da Família - PSF pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; VIANA e POZ, 2005; BARBOSA, 2018). Esse programa, devido sua importante expansão no país, foi confirmado pela portaria que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica, Portaria n. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, "*como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil*" (BRASIL, 2006; PINTO, GIOVANELLA, 2018; EVANGELISTA et al, 2019). À partir desse reconhecimento, o Programa de Saúde da

Família passou a ser visto como uma estratégia, e por isso, a equipe de PSF é denominada de Estratégia de Saúde da Família - ESF, consolidando-se como uma atenção capaz de alterar o paradigma de saúde vigente para um modelo compatível com a compreensão ampliada do processo saúde e doença (BRASIL, 2001).

Portanto, a ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (OLIVEIRA, MARCON, 2007; BRASIL, 2012; PINTO, GIOVANELLA, 2018). A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (FARIA *et al*, 2009; BRASIL, 2012).

Diante desse contexto a realização do Diagnóstico Situacional de Saúde das Estratégias Saúde da Família 01 e 02, apresenta importância e relevância, pois conhecer a situação de saúde da área de abrangência da ESF torna-se relevante por subsidiar novas discussões na gestão em saúde e para o planejamento de ações de saúde visando a melhoria contínua das condições de saúde da população.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar a situação de saúde da Estratégia Saúde da Família 01 no Vale do Jequitinhonha e na Estratégia Saúde da Família 02 na Bacia do Rio da Velhas e, descrever as ações e/ou intervenções desenvolvidas e ainda, sugerir possíveis projetos intervencionistas e preventivistas com foco nas patologias/comorbidades diagnosticadas.

2 METODOLOGIA

2.1 Coleta de dados

A coleta de dados da Estratégia Saúde da Família 01 (ESF 01) ocorreu no segundo semestre de 2019 e a coleta de dados da Estratégia Saúde da Família 02 (ESF 02) deu-se no primeiro semestre de 2020 através dos dados disponíveis nas estratégias via as agentes comunitárias de saúde pelo programa e-Sus. Em seguida essas informações foram agrupadas em duas grandes

áreas que é ESF 01 e a ESF 02, construindo assim um banco de dados construído no software *Excel®*.

Com o intuito de obter uma análise consistente dos dados, os mesmos foram colhidos e revisados junto às ACS que estão à frente do serviço nas duas ESF estudadas, visto que são elas que caracterizam e cadastram as famílias/usuários de sua área de responsabilidade. Além das buscas de dados, realizou-se pesquisa bibliográfica para construção do embasamento teórico sobre diagnóstico situacional, atenção primária, assistência à saúde patologias/comorbidades prevalentes (HAS, DM, obesidade, alcoolismo, dependência química) e estratégia saúde da família.

Para a análise de dados, fez-se necessário reuniões com as agentes comunitárias de saúde das duas ESF, para que pudesse construir um instrumento que facilitasse o condensamento e a leitura das informações. As informações encontram-se em dados de trabalhos tais como: banco de dados, relatórios de visitas domiciliares, condições de saúde, antiga ficha SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), atual e-Sus AB, todos de disponibilidade pública.

É válido ressaltar que, para esse estudo, considerou-se apenas as patologias/comorbidades principais, de maior relevância/base, caso houvessem pacientes com mais de uma patologia/comorbidade.

2.2 Cenário do Estudo

As duas ESF estudadas, estão situadas no interior do estado de Minas Gerais, uma na região do Vale do Jequitinhonha e outra na Região da Bacia do Rio das Velhas. Ambos municípios tem predominantemente a Atenção Primária de Saúde (APS), com 100% de sua população cadastrada e, atendida majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde. A emancipação dos municípios, assim como vários municípios do estado de Minas Gerais, deu-se em 01 de Março de 1963.

2.3 Sujeito do Estudo

Todos os dados apresentados são referentes da Estratégia Saúde da Família 01, visto que em tal município há duas ESF cadastradas, porém apenas uma fez parte do estudo. Esta ESF conta com uma equipe completa composta por 01 enfermeiro, 01 médico (Programa Mais Médicos), 02 técnicas de saúde, 06 Agentes Comunitárias de Saúde, 01 recepcionista, 01 serviços gerais, 01 odontólogo e 01 auxiliar de saúde bucal, e sua área de abrangência

corresponde à 755 famílias e 1780 pessoas. A outra estudada, é Estratégia Saúde da Família 02 é composta por 01 enfermeira, 01 médico (Programa Mais Médicos), 01 técnica de enfermagem, 07 agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma equipe de Saúde Bucal. Ambas ESF abrangem 100% da área de sua referência, tendo todas as famílias cadastradas, atendidas e acompanhadas pelas equipes, atendendo tanto a zona urbana como a zona rural municipal. Ambas tem equipe de apoio, Equipe Multiprofissional: psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, educador físico, assistente social, fisioterapeuta.

2.4 Natureza do Estudo

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, foi realizada uma pesquisa descritiva de base territorial e por análise de dados secundários, que, segundo Oliveira (2010), consiste em interpretar e analisar os dados, refletir e explorar o que eles podem propiciar, buscando regularidades para criar um profundo e rico entendimento do contexto pesquisado, caracterizando a situação de saúde da Estratégia Saúde da Família 01 e a Estratégia Saúde da Família 02.

3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu as orientações básicas para análise de dados estatísticos, revisitadas à partir das categorias teóricas que ajudaram a analisar aspectos estruturais e da dinâmica da realidade encontrada. Os dados foram expressos por estatística descritiva utilizando-se médias e percentuais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tem-se a mesma realidade, no que se refere a população majoritária, nas das ESF estudadas. Temos uma população adulta majoritária e uma população com idade compreendida como adolescente, menor em ambas EFS

Nas áreas estudadas também foi possível identificar as patologias/comorbidades prevalentes no público assistido, apresentando as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a *diabetes mellitus* (DM) com um número absoluto alto, 296 e 550, 73 e 174 respectivamente nas ESF 01 e ESF 02 (QUADRO 1).

QUADRO 1 - DADOS DE PATOLOGIAS/COMORBIDADES PESQUISADAS NAS ESF 01 E ESF 02 (n)

N	% P.TOTAL
---	-----------

PATOLOGIA/ COMORBIDADE	ESF01	ESF02	ESF01 1780	ESF02 2043
Dif. Locomoção	30	30	1,68%	1,47%
Alcoolismo	59	27	3,31%	1,32%
Diabetes Mellitus	73	174	4,10%	8,55%
HAS (hipertensão)	296	550	16,62%	27,05%
Obesidade	41	31	2,30%	1,52%
Usuário de Drogas	100	9	5,61%	0,44%

Fonte: Dados da ESF 01, 2019; ESF 02, 2020.

É salutar que as patologias/comorbidades presentes no território das ESF sejam identificadas, diagnosticadas e estudadas, visando a melhoria na prestação de assistência a saúde à esses pacientes, na aquisição e construção de conhecimento e saberes por parte dos profissionais e da comunidade, no enfrentamento a essas situações de saúde, que por muitas vezes, podem causar e/ou desencadear outras enfermidades, limitações, não adesão ao tratamento, não corresponsabilidade no seu processo de saúde e cuidados. Conhecer o que se vai enfrentar é o primeiro passo para obter sucesso na promoção, prevenção e intervenção em saúde. Assim, o fato de cada micro área apresentar suas particularidades em saneamento básico, lazer, cultura, educação, condição social e financeiras como características do território, a saúde também é uma particularidade e identidade local, e conhecer as patologias/comorbidades prevalentes interfere de forma eficaz na saúde local.

4.1. Diagnóstico Situacional de Saúde da Estratégia Saúde da Família 01

Esta ESF abrange a zona urbana e algumas comunidades da zona rural do município, com 06 micro áreas e agentes comunitárias de saúde.

A micro área 01 assiste 331 (n) pessoas o que corresponde à 18,59% da área total da ESF 01. Seu maior público concentra-se na faixa etária de 18 a \leq 59 anos (n=186), seguida de idosos (n=65) com idades \geq 60 e \geq 91 anos, crianças (n=51) e adolescentes (n=29), o que corresponde respectivamente à 56,19%, 19,63%, 15,40% e 8,76% da população assistida por esta micro área. Como podemos perceber, os dados corroboram para a percepção da realidade e percentuais da população geral. As patologias/comorbidades mais encontradas foram a *diabetes mellitus* 4,53% (n=5), obesidade 5,74% (n=19), hipertensão arterial sistêmica 17,82% (n=59), dependência ao uso de drogas 4,22% (n=14) e os transtornos mentais 1,20% (n=4), lembrando que todas os percentis apresentados referem-se a população da micro área apresentada.

A micro área 02 assiste 298 (n) pessoas o que corresponde à 16,74% da área total da ESF 01. Seu maior público concentra-se na faixa etária de 18 a \leq 59 anos (160 n) seguida das crianças (50 n) com idades \geq 0 e \leq 11 anos, adolescentes com idades entre 12 e \leq 17 anos (49 n) e idosos com idade \geq 59 anos (39 n) o que corresponde respectivamente à 53,69%, 16,77%, 16,44% e 13,08% da população total assistida por essa micro área. Como podemos perceber, o percentil da soma do público infanto-juvenil e idoso não chega ao percentil da população adulta, concomitantemente 46,29% a 53,69%. As patologias/comorbidades mais encontradas foram a nefrolitíase 2,01% (n=6), a gastrite 2,34% (n=7), transtornos mentais 3,35% (n=10), artrite 1,34% (n=4), obesidade 0,67% (n=2), alcoolismo 0,67% (n=2) com maior concentração na população adulta e dependência ao uso de drogas ilícitas 11,74% (n=35) tanto na população adulta como nos adolescentes. Importante que nessa micro área não identificamos pacientes com HAS ou DM como patologia/comorbidade principal e, lembrando que todos os percentis referem-se à população da micro área apresentada.

A micro área 03 assiste 192 (n) pessoas o que corresponde a 10,78% da área total da ESF 01, sendo esta até o momento, a com menor índice populacional, porém, apresenta uma particularidade, é que tem em sua área a maior concentração de pessoas idosas e uma de três com idoso acima de 91 anos. Assim, a maior concentração de seu público concentra-se na faixa etária de \geq 60 (82 n) seguida dos adultos (n=70), crianças (n=26) com idades \geq 0 a \leq 11 anos e adolescentes (n=14) o que corresponde respectivamente à 42,70%, 36,45%, 13,54% e 7,29% da população total assistida pela micro. As patologias/comorbidades mais encontradas são, com percentis referente a população assistida pela micro em evidência, a hipertensão arterial sistêmica (27,08%), alcoolismo (9,37%), diabetes mellitus (DM) (3,64%), obesidade (2,08%), dependência ao uso de drogas 6,77% (n=13), dificuldade de locomoção 0,52% (n=01), chagas 4,16% (n=8) e transtornos mentais 2,60% (n=5).

A micro área 04 assiste 309 (n) pessoas o que corresponde à 17,35% da área total da ESF 01. Essa é uma área que corrobora com a realidade da ESFPGA, pois seu maior agrupamento de pessoas está na população adulta (49,51%), seguida de idosos (22,33%), crianças (14,56%) e adolescentes (13,49%). Assim, a maior concentração de seu público está na faixa etária de \geq 18 a \geq 59 anos, seguida do público infanto-juvenil. Nesta área descrita as patologias/comorbidades mais apresentadas foram a hipertensão arterial sistêmica 21,03% (n=65), *diabetes mellitus* 1,61% (n=5), transtornos mentais 1,29% (n=4), dependência de uso de drogas 5,17% (n=16), dificuldade de locomoção 2,26% (n=7), alcoolismo 0,64% (n=2),

obesidade 1,61% (n=5), câncer 0,64% (n=2) e neoplasia com 0,64% (n=2), visto que são dados e percentis correspondentes à área em questão.

A micro área 05 é a penúltima área estudada e assiste 372 (n) pessoas o que corresponde a 20,89% da área total da ESF 01, sendo a mais populosa. Essa área não difere das outras apresentadas, tem sua maior concentração populacional nos públicos adulto e idoso, com concentração de 80,10% das pessoas assistidas. Há uma proximidade populacional entre criança (n=45) e adolescente (n=42) na área, a correspondência chega a 10,21% e 9,76% respectivamente. Nesse área as patologias/comorbidades mais apresentadas se repetem como nas demais micro áreas apresentadas anteriormente. Temos como patologias/comorbidades mais prevalentes na população assistida pela micro área 05 a hipertensão arterial sistêmica 17,74% (n=66), *diabetes mellitus* 5,10% (n=19), transtornos mentais 3,22% (n=2), dependência de uso de drogas 2,95% (n=11), a gastrite 3,22% (n=12), obesidade 0,53% (n=2), dificuldade de locomoção 1,88% (n=7), alcoolismo 4,03% (n=15), ferida crônica 1,34% (n=5), câncer 0,53% (n=2), nefrolitíase 0,80 (n=3), trombose 0,53% (n=2) e tentativas de autoextermínio 0,80 (n=3) fazem-se presentes.

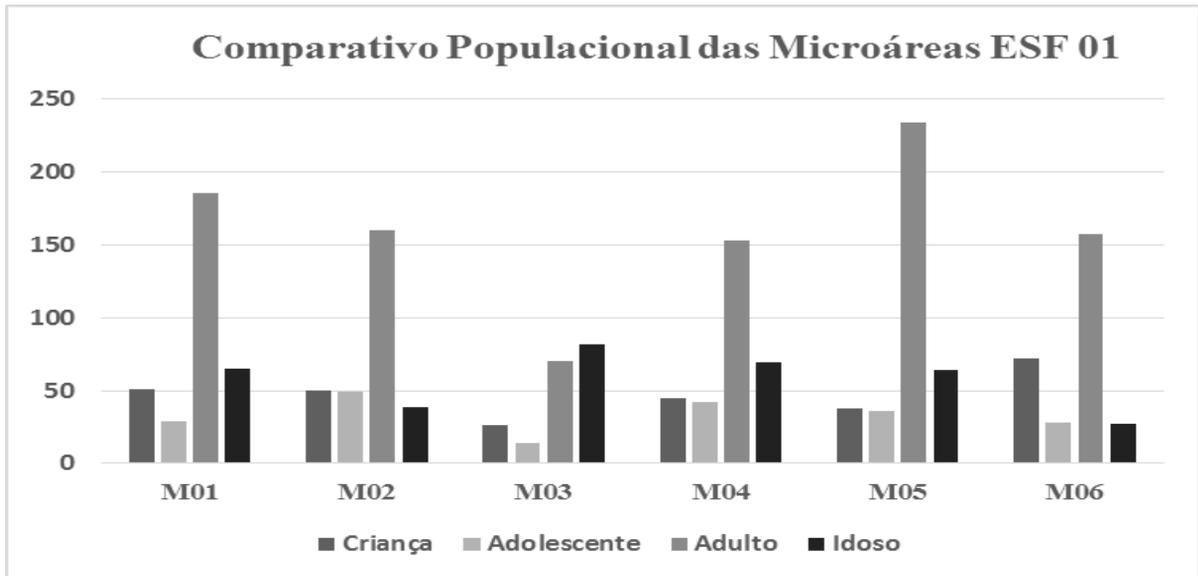
A micro área 06, última área estudada, assiste 278 (n) pessoas o que corresponde à 15,61% da área total da ESF 01. Essa área é diferente das outras apresentadas, pois tem uma população infantil, comparada às demais micro áreas estudadas da ESF 01, maior chegando a pouco mais de ¼ da população total da área com 25,89%; porém, sua concentração populacional é no público com idade correspondente à idade ≥ 18 a ≤ 59 anos (54,31%) e o público de adolescentes e idosos muito se aproximam, o que corresponde respectivamente a 10,07% e 9,71% da população total assistida pela mesma. Nesta área estudada as patologias/comorbidades mais apresentadas não se diferem das demais, apesar de cada uma apresentar suas particularidades. Assim, temos a *diabetes mellitus* 6,11% (n=17), obesidade 3,59% (n=10), hipertensão arterial sistêmica 20,50% (n=57), dificuldade de locomoção 1,07% (n=3), alcoolismo 4,67% (n=13), neoplasias 0,35% (n=1) e câncer 0,71% (n=2), correspondentes à população assistida pela micro área.

4.1.2 Dados Populacionais das Micros áreas da ESF 01

Como foi possível verificar no estudo acima, a maior concentração populacional da ESF 01 encontra-se no público adulto, população esta que é a classe trabalhadora, reprodutiva e ativa economicamente, seguida da população idosa, infantil e juvenil. E onde também a grande maioria das patologias/comorbidades encontra-se predominantes.

Outros dados que foram possíveis coletar pelo instrumento usado é que apenas 3,97% da população estudada possui plano de saúde; há 157 aposentados descritos no estudo, o que corresponde a 8,82% da população adscrita e em sua maioria idosos; 64 beneficiários de LOAS/BPC (programas de transferência de renda do Governo Federal).

FIGURA 01 - COMPARATIVO POPULACIONAL DAS MICRO ÁREAS DA ESF 01(n)¹



FONTE: ESF 01, 2019.

Na Figura 3 acima identificou-se que o público, por faixa etária, varia ou destaca por cada micro área, o que acentua a particularidade de cada trabalho, de cada ação/intervenção e proposta de promoção em saúde. Na micro área 02, seu público de destaque quantitativo é o adolescente, em relação às demais micro áreas; já na micro 03 seu público de destaque populacional são os idosos (em relação às demais micro áreas); nas micros 05 e 01 o público adulto apresenta em sua maioria destacando-se populacionalmente das demais, a micro 04 pela proximidade do número de adolescentes e crianças e, por fim a micro área 06 apresenta o maior número de crianças de toda a área de abrangência da ESF apresentada.

Esses dados são capazes de orientar a equipe de saúde da área de abrangência, quanto aos mais emergentes e possíveis trabalhos de promoção e prevenção em saúde, para o público específico.

4.2 Diagnóstico Situacional de Saúde da Estratégia Saúde da Família 02

¹ Idades: criança 0–11 anos; adolescentes 12–17 anos; adultos 18–59 anos; idosos ≥60 anos

A ESF 02 é composta por 07 micro áreas estando situadas tanto na zona urbana como rural, possuem características próprias mas também apresentam traços comuns.

A micro área 01 assiste 429 (n) pessoas que residem na zona urbana o que corresponde a 20,99% da área total da ESF 02. Seu maior público concentra-se na faixa etária de 18 a \leq 59 anos (n=257), seguida de idosos (n=81) com idades \geq 60 e \geq 91 anos, crianças (n=56) e adolescentes (n=35) o que corresponde respectivamente a 59,90%, 18,88%, 13,05% e 8,15% da população assistida por esta micro área. Ainda é sabido que esta é a micro área que mais apresenta usuários com planos de saúde. É composta por 429 pessoas, em sua maioria adultos com idade compreendida entre 18-59 anos; 44 usuários possuem plano de saúde. Há índices reconhecíveis de patologias/comorbidades como tentativas de autoextermínio, uso de drogas ilícitas, artrite e trombose. Nesta micro área as patologias/comorbidades mais apresentadas foram a hipertensão arterial sistêmica 26,34% (n=113), a *diabetes mellitus* 10,72% (n=46), obesidade 1,16% (n=5), alcoolismo 0,93% (n=4) e o acidente vascular cerebral 0,46% (n=2) correspondentes à população assistida pela micro área.

A micro área 02 assiste 407 (n) pessoas que residem na zona urbana o que corresponde a 19,92% da área total da ESF 02 e é a segunda maior micro área da ESF em questão. Seu público infantil e adolescente são muito próximos em números absolutos, 49 e 45, o que corresponde a 12,03% e 11,05% respectivamente. Possui dois idosos com idade igual ou superior a 91 anos. Quanto às patologias/comorbidades, além das principais identificadas, há significativos dados de pessoas com dificuldade de locomoção, câncer, acamados e também demência, porém, não os mais incidentes. Nesta micro área as patologias/comorbidades mais apresentadas foram a hipertensão arterial sistêmica 19,65% (n=80), a *diabetes mellitus* 6,87% (n=28), os transtornos mentais 3,19% (n=13), a obesidade 0,17% (n=7) e o câncer 1,46% (n=6), correspondentes a população assistida pela micro área.

A micro área 03 assiste 348 (n) pessoas que residem na zona rural em um dos distritos que possui população total bem próxima da população total da área urbana do município; esta é uma das duas micro áreas que atendem essa comunidade. Sua população corresponde à 17,03% da área total da ESF 02 e sua população adscrita corresponde a adulta, idosos, crianças e adolescentes em 55,17% (n=192), 20,11% (n=70), 15,22% (n=53) e 6,60% (n=23), respectivamente, onde podemos perceber que possui um percentual considerável de idosos. Em sua área há um adolescente com câncer e também há índices importantes de patologias/comorbidades como obesidade, alcoolismo e demência. Nesta micro área as

patologias/comorbidades mais apresentadas com maior relevância foram hipertensão arterial sistêmica 30,17% (n=105), *diabetes mellitus* 6,32% (n=22), transtornos mentais 2,58% (n=9) e dificuldade de locomoção 1,71% (n=6), lembrando que os dados correspondem à população assistida pela micro área adscrita.

A micro área 04 assiste 347 (n) pessoas que residem na zona rural, sendo esta micro área a segunda que atende uma determinada comunidade da zona rural. A população total dessa comunidade é de 695 pessoas, e as micros atendem exatamente metade da população cada uma. A população correspondente dessa micro área se encontra dividida da seguinte forma: adultos 63,11% (n=219), idosos 19,30% (n=67), crianças 11,81% (n=41), adolescentes 5,71% (n=20), e sendo sua área populacional correspondente à 16,98% da população total assistida e atendida pela ESF 02. Nesta micro área as patologias/comorbidades mais apresentadas foram a hipertensão arterial sistêmica 25,07% (n=87), a *diabetes mellitus* 13,25% (n=46) e transtornos mentais 1,15% (n=4), dados correspondentes a população assistida pela micro área.

A micro área 05 é totalmente zona rural e assiste 122 (n) pessoas. A população total correspondente dessa micro área se encontra dividida da seguinte forma: adultos 57,37% (n=70), idosos 26,22% (n=32), adolescentes 9,01% (n=11) e crianças 7,37% (n=9), sendo sua área populacional correspondente à 5,97% da população total assistida e atendida pela ESFM que é de 2033 indivíduos. Quanto às patologias/comorbidades, além das principais identificadas, foram encontrados dados de pessoas com ferida crônica, obesidade e alcoolismo, porém, não os mais incidentes. Nesta micro área as patologias/comorbidades mais apresentadas foram os transtornos mentais 36,88% (n=45), hipertensão arterial sistêmica 35,24% (n=43), *diabetes mellitus* 5,73% (n=7), artrite 3,27% (n=4) e câncer 2,45% (n=3), correspondentes a população assistida pela micro área.

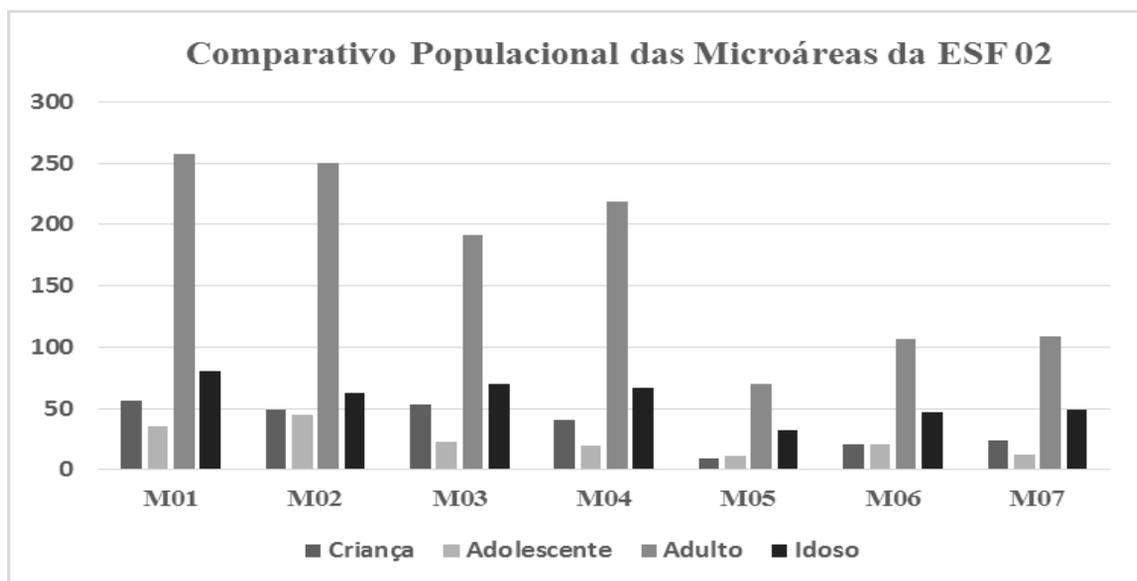
A micro área 06 também é uma micro área que atende a população da zona rural, assistindo um total de 196 (n) pessoas e tem como particularidade o número de crianças e adolescentes ser igual a 21, com percentuais equivalentes a 10,71% na população assistida, seguida do público adulto, em sua maioria, com percentual de 54,59% (n=107) e idoso com 23,97% (n=47). Importante, que a população total assistida por esta micro área corresponde à 9,59% da população assistida pela ESF 02. Além das patologias/comorbidades com maiores índices, também foi identificado o alcoolismo, artrite, coelíase e dificuldade de locomoção como importantes. Na micro área 06 as patologias/comorbidades mais identificadas foram transtornos mentais 32,65% (n=64), hipertensão arterial sistêmica

32,14% (n=63), *diabetes mellitus* 6,12% (n=12), obesidade 2,55% (n=5) e câncer 2,04% (n=4), percentis correspondentes à população assistida pela micro área.

A micro área 07, assim como as últimas cinco, atende a zona rural. Tem uma população de 194 pessoas, que representa 9,49% da população assistida pela ESF 02. A quantidade de crianças 12,37% (n=24) é exatamente o dobro de adolescentes 6,18% (n=12), e a população adulta 56,18% (n=109) é a maioria, sendo os idosos 25,25% (n=49) a terceira maior população dessa micro área de saúde, contudo, além das patologias/comorbidades com maior frequência, também foram identificadas nefrolitíase, coletíase, uso de drogas ilícitas e tentativa de autoextermínio. Nesta última micro área estudada, as patologias/comorbidades mais identificadas foram hipertensão arterial sistêmica 30,41% (n=59), transtornos mentais 10,82% (n=21), alcoolismo 7,21% (n=14), *diabetes mellitus* 6,70% (n=13) e obesidade 5,15% (n=10).

Foi possível verificar que, a maior concentração populacional da ESF 02 encontra-se no público adulto, população esta que geralmente é a que tem como responsabilidade cuidar e gestar as outras faixas etárias; contudo, é onde também se concentra a maior quantidade de patologias/comorbidades isoladas ou associadas. Observou-se que poucas pessoas possuem plano de saúde, apenas 2,44% da população.

FIGURA 2 - COMPARATIVO POPULACIONAL DAS MICRO ÁREAS DA ESF 02 (n)²



FONTE: ESF 02, 2020.

² Idades: criança 0–11 anos; adolescentes 12–17 anos; adultos 18–59 anos; idosos ≥60 anos

Na população total adscrita e cadastrada na área da ESF 02, temos percentuais relevantes quanto às patologias/comorbidades mais comuns e que abrangem, em sua maioria, todas as micro áreas. As patologias/comorbidades mais comuns identificadas foram hipertensão arterial sistêmica (26,92%), *diabetes mellitus* (8,51%), pessoas com sofrimento mental/transtornos mentais (6,70%), obesidade (1,51%), dificuldade de locomoção (1,46%), alcoolismo (1,32%), câncer (1,02%), dependência ao uso de drogas (0,44%) e doença de chagas (0,29%). Essas patologias/comorbidades apresentadas e estudadas são de grande relevância quando estudadas pelas equipes de saúde, podendo servir de mola propulsora no planejamento de ações para cada público específico, propiciando assim, um impacto positivo nos cuidados, na prevenção e promoção em saúde

As patologias/comorbidades mais comuns que foram apresentadas correspondentes ao público geral não diferem muito da realidade encontrada em outros trabalhos de diagnósticos de estratégias saúde da família no Brasil, visto que há doenças crônicas, comorbidades e talvez doenças coabitáveis.

4.3 Estudo Comparativo dos Dados das ESF 01 E DA ESF 02

Veremos a possibilidade de comparar os dados do diagnóstico situacional de saúde da ESF 01 que está localizada na região do Vale do Jequitinhonha e da ESF 02 situada na Bacia do Médio Rio das Velhas, com população numérica próxima; examinar as particularidades e as similaridades entre essas ESF em locais tão diferentes no interior do estado de Minas Gerais. No quadro 3 tem-se os dados gerais por idade e percentual que correspondem ao público assistido pelas ESF 01 e ESF 02, onde concentram-se mais público por idades de forma mais pormenorizada.

Na ESF 01 a idade que se compreende por crianças (ECA, 1990) temos uma maior concentração de indivíduos na idade correspondente entre 08 e 11 anos. No público adolescente a maior distribuição encontra-se em indivíduos com idade de 12 a 15 anos. Para o público adulto que compreende idade de 18 a 59 anos, temos sua maior concentração aos que possuem idade entre 31 a 45 anos; no que se refere aos idosos temos a idade ≥ 91 anos e muitos idosos com idade de 60 a 80 anos.

Nos dados que correspondem a ESF 02 observou-se que a maior concentração entre o público infantil, são de crianças com idades compreendidas entre 03-07 anos com percentual de 5,21% da população total, o que difere da ESF 01, bem como entre o população adolescente a concentração maior está entre os que possuem idade entre 12 e 15 anos, que corresponde à

5,60%. Porém, a maior população assistida são os adultos, visto que são 1204 adultos (59,22%), com idades entre 18 e 59 anos. Uma particularidade da ESF 02 é o público idoso com idade ≥ 91 anos, que são 9, tendo idosos com idades superior a 95 anos e com boas condições de saúde.

4.3.1 Identificação dos principais problemas de saúde que acometem a área de abrangência das ESF 01 e ESF 02

Apresentaremos o que se encontra de semelhança entre as patologias/comorbidades que acometem as duas ESF estudadas e analisaremos-as. Identificamos aqui que a população adscrita com idades entre 18 a 91 anos apresentam maiores índices de patologias e/ou comorbidades. Na ESF 01 temos 750 indivíduos com alguma patologia/comorbidade o que representa 42,13% da população geral adscrita na área e que, da população geral que não apresenta alguma patologia/comorbidade temos 1030 indivíduos, o que representa 57,86% da população geral adscrita na área da ESF 01. É um área com alto índice de pessoas com patologias/comorbidade, quase metade de sua população sofre com algum tipo de doença. Válido ressaltar que para esse estudo na ESF 01, coletou-se apenas as patologias/comorbidades principais, de base, de maior relevância, caso houvesse pacientes com mais de uma patologia/comorbidade.

Na ESF 02 foi possível identificar que todos os idosos apresentam alguma patologia/comorbidade e que no público adulto, quase metade da população também apresenta uma (ou mais) das 28 patologias/comorbidades que o estudo analisou (ANEXO 1), já que nessa ESF a coleta de dados não priorizou apenas a patologia/comorbidade principal ou de base. Contudo, esses dados da ESF 02, apesar de suas particularidades, muito se assemelham aos dados da ESF 01.

É possível identificar que na ESF 01, o grupo caracterizado pela idade compreendida entre 0-11 anos, a patologia/comorbidade mais frequente é a obesidade, com 0,26% da população que apresenta patologia/comorbidade. Nos adolescentes a patologia/comorbidade mais proeminente é o uso de drogas chegando a 8,58% da população adscrita desse público; não deixando de ler as tentativas de autoextermínio, identificadas no público adolescente, sendo as únicas identificadas em todo estudo; assim, temos uma população de 198 adolescentes dos quais 05 já tentaram autoextermínio.

Na população adulta adscrita e cadastrada na área estudada, temos um total de 453 adultos com alguma patologia/comorbidade, sendo as mais comuns alcoolismo (2,75%), *diabetes*

mellitus (1,46%), obesidade (1,68%), dependência ao uso de drogas (4,66%), transtornos mentais (1,40%) e hipertensão arterial sistêmica (7,97%), sendo que esta última atinge a 31,47% da população doente nesta faixa etária e 15,36% da população adulta total, ressaltando que os percentuais são correspondentes à população total assistida pela ESFPGA que é de 1780 pessoas. O uso de drogas e o alcoolismo, drogas ilícitas e lícitas, somam-se a 29,13% da população adulta que apresenta alguma patologia/comorbidade. Importante descrever os dados encontrados referentes à transtornos mentais nessa população, que apresenta percentual de 5,51% da população adulta com alguma patologia/comorbidade. Nos estudos dos dados correspondentes ao público idoso, que corresponde a 19,43% da população geral estudada, as patologias/comorbidades mais comuns identificadas foram dificuldade de locomoção (0,95%), alcoolismo (0,56%), *diabetes mellitus* (2,07%), hipertensão arterial sistêmica (8,53%) e obesidade (0,51%). A população idosa com hipertensão arterial corresponde a 43,93% da população total de idosos. Essas patologias/comorbidades bem analisadas pela ESF, podem gerar grandes projetos dentro da própria ESF afim de melhorar os cuidados no trato dos pacientes acometidos pelas mesmas.

Aos dados que referem-se a ESFM onde percebe-se que o número de crianças e adolescentes com alguma/algumas patologias/comorbidades são menores, no que se refere ao número total de indivíduos com determinada idade, porém, mesmo um grupo relativamente pequeno, temos uma criança e um adolescente com câncer, uma das duas patologias/comorbidades comuns a todas as idades, sendo a outra patologia/comorbidade comum à todos os públicos o transtorno mental. O que mais chama a atenção nesse grupo de estudo, é o índice de câncer, com 0,73% do público geral assistido pela ESF 02 mas com número absoluto de 15 indivíduos. As patologias/comorbidades que apareceram exclusivas ao público adulto e idoso, também se assemelham às patologias/comorbidades identificadas na ESF 01, exceto a dependência ao uso de drogas ilícitas. O abuso de álcool é mais veemente na população com idade compreendida entre 18 à \leq 59 anos com 2,59% (n=30) desse público, bem como a *diabetes mellitus* 4,23% (n=51) e a obesidade 2,49% (n=30). No que se refere ao público idoso, as patologias/comorbidades com maior índice foram hipertensão arterial sistêmica e dificuldade de locomoção, com índices 79,95% (n=335) e 5,72% (n=24) respectivamente. Já as patologias/comorbidades comuns na população com idades entre 18 à \leq 91 anos, se referem aos acamados e acometidos por AVC/AVE, ambos com 10 pessoas acometidas. Cinco das sete patologias/comorbidades identificadas na ESF 02, também foram comuns aos dados identificados na ESF 01, dois municípios do interior do estado mas que estão em áreas

e microrregiões de saúde distintas; uma na Bacia do Rio das Velhas, região centro-oeste com regional de saúde referenciada em Sete Lagoas/MG e a outra no Vale do Jequitinhonha e regional de saúde em Diamantina/MG. Essas patologias/comorbidades que foram apresentadas, se estudadas são de grande relevância e pode propiciar impacto positivo no planejamento de ações para cada público específico.

QUADRO 2 - PATOLOGIAS/COMORBIDADES MAIS COMUNS NAS ESF 01 E ESF 02

ESF02		ESF01	
Patologia/ comorbidade mais comuns	Percentual população total adscrita 2043	Patologia/ comorbidade mais comuns	Percentual população total adscrita 1780
Dif.Locomoção: 28	1,37%	Dif.Locomoção: 30	1,68%
Alcoolismo: 37	1,81%	Alcoolismo: 59	3,31%
HAS: 294	14,39%	HAS: 294	16,51%
Diabetes: 74	3,62%	Diabetes: 63	3,53%
Obesidade: 36	1,86%	Obesidade: 41	2,30%
Trans. Mentais: 158	7,73%	Trans.Mentais: 35	1,96%
Câncer: 23	1,12%	Usuário de Drogas: 100	5,61%
Acamados: 10	0,48%		
AVC/AVE: 10	0,498%		

Fonte: Dados da ESF 01, 2019; ESF 02, 2020

As patologias/comorbidades mais prevalentes encontradas neste estudo não diferiram muito da realidade encontrada em outros trabalhos de diagnósticos de outras ESF realizadas no Brasil. Para Santiago et.al. (2019) em seu trabalho realizado em Pernambuco com 416 indivíduos 27,4% apresentaram hipertensão arterial sistêmica, mostrando crescente aumento dessa prevalência com a idade e a diminuição do nível de escolaridade e classe social (LOBO et al., 2017). Assim como Andrade et al. (2015) que em seu estudo, observou a prevalência de HAS autorreferida de 21,4%, sendo sua superioridade no sexo feminino, em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos e moradores da zona urbana. Dantas e Roncalli (2019) identificaram que a HAS acomete entre 22,3% a 43,9% da população adulta e, que a taxa de controle no país encontra-se na faixa dos 18-19,6% e que 80% dos casos de HAS podem ser tratáveis na APS em atuação eficaz das ESF. Segundo estudo realizado pela Vigitel 2019 (2020) nas capitais brasileiras, a capital com maior prevalência de HAS é o Rio de Janeiro (31,2%) e a menor São Luiz (15,9%).

Silva e Silva (2020) relataram que a *diabetes mellitus* pode atingir em 2035 471 milhões de pessoas no mundo. Já em 2017 o Brasil ocupava o 4º lugar no ranking dos países com maior número de pessoas com tal patologia, visto que na população idosa apresenta prevalência de

19% (SOARES, 2018). Cerca de 3,4 milhões de mortes no mundo ocorreram devido a *diabetes mellitus* e suas complicações e, segundo estimativa da OMS, em 2030 o diabetes será considerado a 7º causa principal de morte no mundo e está associada aos fatores como o sedentarismo, aos hábitos alimentares, inatividade física, e as co-comorbidades associadas como por exemplo a HAS (LOURO, 2016; SOARES, 2018). O diagnóstico de DM em 2019 chegou a mais de 7,4%, segundo dados da Vigitel 2019 (2020) e foi mais frequente em mulheres. Malta et al. (2019) identificam esta patologia crescente em indivíduos com idades igual e superior à 30 anos, em população com baixa escolaridade e excesso de peso.

O álcool é atualmente a droga ilícita mais consumida em todo mundo sendo também responsável por inúmeras doenças alcoólicas, conflitos intrafamiliares. Rocha et al. (2018), afirmam que o consumo dessa substância é mais elevado em homens com idades entre 25 e 34 anos e seu abuso acarretou em 2012 à 5,9% dos óbitos global. É a doença que tem surgido com maior frequência nas ESF e as abordagens e intervenções são todas voltadas à atendimentos da rede psicossocial em parceria com as equipes de saúde da família (ROCHA et al., 2018; MOURA E SILVA, 2020). O uso abusivo e a dependência de drogas, têm apresentado frequentes demandas nas ESF via APS. Rocha (2015) e seu estudo, identificou aumento no número de pessoas que afirmam ter usado algum tipo de droga ao longo da vida, pois passou de 19,4% em 2001 para 22,8% em 2005. Lima e Dimenstei (2018), ao realizar um diagnóstico situacional em uma ESF no nordeste brasileiro, relatou que 85% das pessoas pesquisadas afirmaram ter usado drogas ao longo da vida e em sua maioria mulheres com idade entre 20 e 39 anos.

A dificuldade de locomoção ou mobilidade reduzida, pode ser adquirida por meios diversos, porém, é comum em idosos com idades avançadas e/ou com patologias/comorbidades associadas. Giaquini (2017), ao realizar estudo em instituições de longa permanência, identificou que 50,3% dos idosos apresentavam dificuldade de locomoção, seja pelo uso de cadeiras de rodas (41,71%), acamados (24%) e que dependiam muito de seus cuidadores. Já Holanda et al. (2015), identificou que a dificuldade de locomoção encontrada em seu trabalho referia-se à deficiências físicas causadas por AVE (36,60%), amputação por complicações da DM (8,3%), lesão medular (7,5%) entre outras, o que acarreta diminuição da qualidade de vida desses indivíduos.

Deste modo, o diagnóstico situacional torna-se, além de uma ferramenta que possibilita conhecer os problemas e as necessidades do território, importante para intervir de forma pontual, eficaz e eficiente nos problemas identificados e por esse motivo vem sendo utilizado

nos serviços de saúde como metodologia para o trabalho e conhecimento do território de abrangência, o que vem possibilitando o diagnóstico, o estudo e a avaliação da prevalência das patologias/comorbidades mais comuns por ESF, região e estudos mais abrangentes.

No quadro 3 temos um breve comparativo das patologias/comorbidades mais comuns nas ESF estudadas e suas prevalências no Brasil. Para isso, foram utilizados, como dados comparativos, estudos confiáveis encontrados no sítio do Ministério da Saúde que nos apresenta dados de 2018/2019 e também um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro com 12 mil brasileiros no ano de 2018, estudo este que fundamentou as prevalências a âmbito nacional.

QUADRO 3 - COMPARATIVO DAS PREVALÊNCIAS DAS PATOLOGIAS/COMORBIDADES NAS ESF 01 – ESF 02 - E BRASIL

Patologia/ comorbidade	Prevalência na ESF 01	Prevalência na ESF 02	Prevalências no Brasil média nacional*
HAS	16,62%	27,05%	24,7%*
DM	4,10%	8,55%	7,7%*
Obesidade	2,30%	1,52%	19,8%*
Alcoolismo	3,31%	1,32%	17,9%*
Dep./Uso de Drogas	5,61%	0,44%	3,20%**
Dif. Locomoção	1,68%	1,47%	***

Fonte: ESF 01, 2019/CMM; ESF 02, 2020.

*Dados no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

**Dados de um estudo da FIOCRUZ (portal.fiocruz.br).

***Não foi encontrado a nível nacional.

Como é possível identificar-se, a prevalência de HAS na ESF 02 está 2,35% acima da média nacional encontrada no site do MS; o DM também na ESF 02 encontra-se acima 0,85% da média nacional apresentada. Essas são duas DCNT de grande envolvimento, cuidado e atuação nas ESF no que se refere ao tratamento e a promoção de saúde, contudo, ainda é elevado a sua prevalência em alguns municípios. A obesidade em ambas ESF estudadas, apresentam índices muito abaixo da média nacional, o que podemos entender que comorbidades associadas ou doenças decorrentes de tal DCNT tem sido ínfimas em ambas as áreas de abrangência analisadas. O alcoolismo mesmo sendo uma patologia que tem apresentado índices crescentes de procura pelo cuidado nas ESF, e ser uma questão de política de saúde mental, com abrangência em questões sociais, a ESF 01 apresenta 1,99% a mais em prevalência do que a ESF 02, porém, ambas apresentam índices ínfimos aos da média nacional descritos no quadro 11, o que não representa a necessidade do cuidado e de

projetos/políticas voltadas à essa patologia. No que se refere aos índices de dependência/uso de drogas, a ESF 01 está 2,41% acima da média nacional apresentada em estudo realizado pela FIOCRUZ/ENSP, estando na ESF 01 a prevalência de uso/dependência por adolescentes e adultos. Trabalhos relacionados a pacientes com dificuldades de locomoção (por qualquer meios e acidentes) nas ESF são poucos estudados/representativos no contexto nacional, mas podemos verificar que há uma paridade nos índices da ESF 01 com os da ESF 02.

Por motivos de comparação e conhecimento do território de estudo/trabalho, é imprescindível o uso do diagnóstico situacional em saúde (DSS) para o conhecimento do território de atuação e referência da ESF, para conhecimento dos determinantes sociais de saúde, identificação dos problemas e necessidades da população adscrita, levantamento dos problemas para um planejamento estratégico e focal nos desenvolvimentos de ações efetivas. A partir do DSS é possível conhecer de forma clara, abrangente e sistematizada a realidade de saúde onde está inserida a ESF, conhecendo a realidade das micro áreas e suas necessidades, possibilitando gestar o cuidado dentro das necessidades particulares de cada área e assim o trabalho tem a possibilidade de ser organizado, pensado e direcionado para as demandas específicas, o que pode gerar melhor e maior adesão da população aos programas e projetos da atenção primária em saúde. É possível, à partir da intimidade com as demandas e problemas de saúde específicos de cada micro área, direcionar ações com a identidade da comunidade, melhorando assim o cumprimento de metas nas ESF, melhora da qualidade de prestação de serviços em saúde, comunidade e serviço de saúde mais próximos, acolhimentos direcionados, pois conhecer as particularidades da área de abrangência de uma ESF, propicia além do conhecimento, razões para direcionar e fundamentar ações, vislumbrando eficácia, eficiência e efetividade dos serviços.

5 AÇÕES E/OU INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ESF 01 E ESF 02

Há projetos sendo executados junto à população na ESF01 como o Grupo de Atividade Física da Melhor Idade, que é oferecido pelo município aos idosos que abrange toda população municipal, que além de realizar a atividade física, faz também aferição da pressão arterial, palestras de orientação e controle da HAS bem como da DM, e atende pacientes da saúde mental. Especificamente na ESF01, há ainda um grupo de Tabagismo com pacientes que manifestam desejo em cessar o uso de tabaco, o Grupo de Gestantes, as reuniões de Planejamento Familiar e na micro área 04 um grupo de caminhada duas vezes por semana para incentivar a atividade física com baixa adesão.

No que se refere aos projetos executados junto à população referenciada na ESF02, há no município um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ativo e com grande envolvimento e parceria com outras secretarias do município e grupos como Atividade Física, tanto na zona urbana como na zona rural, com o público adulto e idoso em sua maioria, porém com alguns adolescentes inclusos; há também grupos com gestantes, matriciamento, clínica ampliada e visitas/atendimentos domiciliares. Assim, devido ao envolvimento da ESF02, o NASF e demais secretarias municipais, bem como as escolas (municipal e estadual) e os projetos de promoção e prevenção à saúde, tem obtido êxito.

É perceptível que há necessidades de mais ações que atendam às necessidades mais evidenciadas neste estudo como grupo para orientação e controle do *diabetes mellitus* especificamente, grupos para acompanhamento de obesos, e trabalhos com os alcoólatras e/ou fortalecimento de trabalho conjunto com os Alcoólicos Anônimos, em ambas ESF estudadas. Um trabalho que se faz urgente também é com os dependentes de uso de drogas. Há a necessidade de capacitação aos profissionais para que os mesmos se sintam preparados para tal trabalho, bem como a união de políticas públicas municipais.

Caracterizando-se a situação das áreas de abrangência de Estratégias Saúde da Família consegue-se conhecer, mapear e sugerir ações de promoção, prevenção e intervenção na área de abrangência estudada.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Pode-se perceber ao longo do estudo, que na ESF 01 as seis micro áreas apresentam particularidades no que se refere ao público assistido, a idade da população, as patologias/comorbidades, as necessidades de promoção em saúde, de prevenção e também de intervenções, porém, há patologias/comorbidades comuns às micro áreas que passam a ser característica dessa ESF, que são: alcoolismo, *diabetes mellitus*, obesidade, hipertensão arterial sistêmica; há também a dificuldade de locomoção e a dependência/uso de drogas ilícitas, que merecem atenção especial através de ações de promoção, intervenção e controle, tanto da equipe de saúde como da equipe da Assistência Social municipal.

Tais particularidades também percebe-se na ESF 02 com suas sete micro áreas, sendo cinco delas exclusivamente na zona rural do município. Encontramos patologias/comorbidades que requerem ausculta, assistência e acolhimento da equipe de saúde tais como: transtornos mentais, câncer, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doença de chagas, além das trabalhadas neste artigo.

Foi possível identificar que seis patologias/comorbidades foram comuns e relevantes à todas as 13 micro áreas estudadas e distribuídas em duas ESF. Essas patologias foram: hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, obesidade, alcoolismo, dependência/uso de drogas ilícitas e dificuldade de locomoção, nas quais foram identificadas e tratadas como produtos no trabalho apresentado.

Nos dois municípios há grupo de atividades físicas para idosos, onde pessoas de outras faixas etárias participam, pois, também funciona como um espaço de cuidados e orientações referentes à hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e obesidade, mas que não é especificamente para tratar de tais patologias/comorbidades como meio de educação em saúde comunitária. Contudo, essas patologias/comorbidades identificadas, algumas delas são trabalhadas nas ESF pela própria equipe e/ou em compartilhamento com a Equipe Multidisciplinar, ora NASF ora UBS.

Ressalta-se a importância de um bom DSS para nortear as atividades dos grupos, pois este último, tem por finalidade proporcionar estímulo à autonomia e a qualidade de vida de indivíduos e a coletividade, promovendo a saúde integral (ou específica quando se trata de uma determinada condição de saúde), auxiliando todos, no processo de resolver obstáculos, dificuldades, estimulando a participação ativa da população no processo educativo e construção coletiva da saúde, visto que pode-se entender os grupos operativos, como a reunião de pessoas com objetivos comuns.

REFERENCIAS

Andrade, Silvânia Suely de Araújo; Stopa, Sheila Rizzato; Brito, Alessandra Scalioni; Chueri, Patrícia Sampaio, Szwarcwald, Célia Landmann; Malta, Deborah Carvalho. Prevalência de Hipertensão Arterial Autorreferida na População Brasileira: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Online]. 2015, Vol.24, N.2, Pp.297-304. Issn 2237-9622. Disponível Em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>>. Acesso Em: 06 Jul. 2020.

Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira; Roncalli, Ângelo Giuseppe. Protocolo para hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100295&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020.

Giaquini, Francine; Lini, Ezequiel Vitório; Doring, Marlene. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/144575>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

Lima, Ana Izabel Oliveira; Dimenstein, Magda. O Consumo de Álcool e outras Drogas na Atenção Primária (Consumption of Alcohol and Other Drugs in Primary Care). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.26, p.46-65, 2018.

Lobo, Larissa Aline Carneiro; Canuto, Raquel; dias-da-costa, Juvenal Soares; Pattussi, Marcos Pascoal. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017, vol.33, n.6, e00035316. Epub July 03, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00035316>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

Louro, Maíra Barros. Tendência temporal das comorbidades referidas sobrepeso-diabetes na população adulta brasileira, 2006 a 2014. Belo Horizonte: 2016.

Malta, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.0121, supl. 1, e180021, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200419&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2020.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137. :il. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em 22 de jun de 2020.*

Moura, Bernard Pereira Barros; Silva, André Ribeiro da. A intervenção preventiva da equipe multidisciplinar na atenção primária de Novo Horizonte – Jaú do Tocantins, trabalhando a prevenção do alcoolismo com um olhar voltado para os adolescentes. *Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Sílvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR. Atenas, 2020. Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>. Acesso em: 17 jul. 2020.*

Rocha, Arthur S.; Meneguetti, Bianca B.; Vasconcelos, Douglas F.; Magalhães, Gabriela S.; Nogueira, José Roberto C.; Neves, Júlia M. Doença Hepática Alcoólica no Brasil, Uma Visão Epidemiológica (ALCOHOLIC LIVER DISEASE IN BRAZIL, AN EPIDEMIOLOGIC VIEW). *Revista Caderno de Medicina*, No. 1, Vol. 1, 2018, 43p.

Rocha, Glória Maria de Sousa. Estratégias do ministério da saúde para o enfrentamento do uso de drogas ilícitas. 2015. 66 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40231/2/ve_Gloria_Maria_de_Sousa_ENSP_2015>. Acesso em: 06 jul. 2020.

Santiago, Emerson Rogério Costa; Diniz, Alcides da Silva; Oliveira, Juliana Souza; Leal, Vanessa Sá; Andrade, Maria Izabel Siqueira de; Lira, Pedro Israel Cabral de.. Prevalência e

Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2019, vol.113, n.4, pp.687-695. Epub Aug 15, 2019. ISSN 1678-4170. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20190145>>. Acesso em: 23 de mar. 2020.

Silva, Patrícia Ribeiro da; Silva, André Ribeiro da. Dificuldades na adesão ao tratamento de idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados no município de Fortaleza do Tabocão-TO. *Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde/Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia E.S.M de Souza, Elter A. Faria – Ponta Grossa/PR.* Atenas, 2020. Disponível em: <<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/33939>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

Soares, Daniela Ferreira. Adesão ao tratamento e controle da diabetes mellitus na estratégia saúde da família belo horizonte- minas gerais 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DANIELA-FERREIRA-SOARES.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

CONCLUSÃO GERAL

Todo trabalho foi construído dentro de uma lógica pessoal e profissional. Assim, todos os artigos aqui trabalhados, trouxeram, antes de tudo, a necessidade de todo profissional inserido na Atenção Primária em Saúde, em conhecer seu território de trabalho, as necessidades da comunidade, o diagnóstico situacional de saúde, e assim, dentro de seus conhecimentos, dentro de uma perspectiva multiprofissional, participativa, acolhedora e humanizada, acolher as demandas da população, direcionando ações que sejam mais agradáveis, que mais eficazes e eficientes e que as pessoas se sintam a vontade para aderirem, tanto por compreenderem o processo de construção de saúde, que perpassa pelo individual e particular, como pela construção coletiva junto as equipes de saúde das ESF.

Foi possível, ao longo do trabalho, discorrermos sobre seis patologias/comorbidades mais comuns nas ESF estudadas e, trazer prevalências de outras ESF no país, bem como ações de intervenção/promoção/prevenção bem sucedidas. Nos foi possível também, discorrermos sobre a importância do Diagnóstico Situacional em Saúde, da Educação Permanente tanto para profissionais como para a comunidade em geral, acreditando sempre na construção mútua da saúde. Ainda, em seu terceiro artigo, trazemos os dados compilados das ESF estudadas, bem como as particularidades e características de cada estratégia.

Como ponto de produto, para as ESF que participaram do estudo, trouxemos um planejamento anual (uma ideia) a ser seguido pelas ESF, a fim de trabalhar temas de grande relevância geral nas comunidades assistidas, bem como sobre as seis patologias/comorbidades discriminadas ao longo do trabalho.

Ainda como produto, foram produzidas seis cartilhas em audiovisual e em material gráfico, que podem ser utilizadas tanto nas ESF que participaram do estudo, como em demais ESF que as quiserem utiliza-las.

Ressaltamos que todo material produzido, visando ações como educação permanente em saúde para profissionais e comunidade, ou para implantação de grupos por micro área, não exclui as possíveis e tão importantes parcerias que podem ser firmadas entre os municípios com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e demais centros universitários que circundam os municípios. Parceira esta que propiciará aos alunos de diversos graus de instrução e conhecimento (alunos de mestrado, residências multiprofissionais ou de graduação), por meio de estágios curriculares ou de forma voluntária, produzissem cursos de capacitação ou materiais educativos, tais como a

confeção de cartilhas, folders, com assuntos relevantes à realidade municipal, capacitação para o trabalho em comunidades e, para os municípios que enriquecerão seus profissionais com o trabalho multiprofissional, e sempre ganhando a comunidade. Faz-se necessário que as gestões municipais compreendam a importância de tal parceria. Toda essa construção enriquece o trabalho, a prestação de serviço à comunidade, a saúde comunitária e a saúde individual dos usuários do sistema de saúde através da atenção primária em saúde e ESF, o que propicia, tanto para a gestão de saúde como para a comunidade assistida, melhor qualidade de vida na saúde individual e coletiva.

É valioso acrescentar que, ainda como produto de trabalho realizado junto à este programa de mestrado, foram desenvolvidas atividades para a comunidade acadêmica e para as comunidades das ESF estudadas e demais ESF que se interessarem, temos a implementação do programa de extensão Educação em Saúde em Diamantina e Região; um projeto de extensão sobre humanização e mais um projeto de extensão online junto à UFVJM sobre o COVID 19, todos com orientação da Prof. Dra. Ivy Scorzi Cazelli Pires.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS NAS ESF

DADOS I

CRIANÇA	ADOLESCENTE	ADULTO	IDOSO
0-2	12-15	18-25	60-70
3-7	16-17	26-30	71-80
8-11		31-45	81-90
		46-59	91>

DADOS II

	CRIANÇA	DOLESCENTE	ADULTO	IDOSO
Acamado				
Alcoolismo				
Artrite/artrose/reumatismo				
Coroliopatia				
Coletíase				
Demência				
Diabetes				
Chagas				
Ferida crônica				
Gastrite/ulcera				
Gestação				
Hanseníase				
HAS				
HIV				
Malária				
Nefrolitíase				
Neoplasia				
Obesidade				
Trans.Mentais				
C.A.				
Trombose				
Tuberculose				
Usuário de Drogas				
Violência (sexual, doméstica)				
Aposentado				
LOAS/BPC				
Plano de saúde				
Tentativas de autoextermínio				

ANEXO B - SUGESTÕES DE AÇÕES, PROJETOS E INTERVENÇÕES POSSÍVEIS NAS ESF

- **Programa de Educação Continuada/ Política de Capacitação**
 - Para profissionais da Atenção Básica e ESF;
 - Encontros quinzenais com temáticas que abrangessem a realidade de saúde local e educasse/orientasse os profissionais à respeito daquela patologia/comorbidades para que todos tenham conhecimento e segurança para atuar dentro de suas áreas e profissões;
 - A cada encontro um profissional falaria, dentro de sua perspectiva e conhecimento, a respeito da patologia/comorbidade, e como auxiliar os profissionais e o paciente para tratarem juntos, em parceria nos cuidados da saúde;
 - Para população adscrita e assistida;
 - Encontros quinzenais com temáticas específicas para cada público, conforme a patologia/comorbidade a ser trabalhada (HAS, DM, obesidade, alcoolismo);
 - Orientações e educação que viriam dos profissionais de saúde (e parcerias de rede) contidos em uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogos, técnicos de enfermagem), em uma roda de conversa e/ou grupos operativos, de forma dinâmica, lúdica e sensível à capacidade de cada participante em receber, internalizar e realizar as informações em sua vida diária.
- **Programa Saúde Mental**
 - Realizar parceria com escolas municipais e estaduais presentes no território de abrangência da ESF, a fim de se trabalhar questões de saúde tais como: alcoolismo, uso e dependência de drogas, *diabetes mellitus*, gravidez, hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, dentre outros conforme necessidade e realidade do território;
 - Trabalho realizado por equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogos, técnicos de enfermagem) e rede social parceira (escola, professores, demais secretarias municipais).
- **Programa de Reabilitação (cuidados com o paciente e o cuidador)**
 - Trabalho realizado com os pacientes acamados e pacientes com dificuldade de locomoção. Introdução de novos meios de adaptação, reabilitação, adequação às condições de saúde, bem como cuidar e orientar o cuidador quanto a sua saúde e a saúde do paciente;

- Trabalho realizado por equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogos, técnicos de enfermagem) e familiares.
- **Programa de Promoção de Modos de Vida Saudáveis**
- Para pacientes que sejam orientados e acompanhados pelos profissionais de saúde e que apresentam condições, interesse e consciência do processo de mudança de modos de vida. Trabalharia a alimentação, a reeducação alimentar, atividade física, uso correto e rotineiro da medicação prescrita, cuidados com a saúde de modo geral;
- Para pacientes de DCNT, obesos, pacientes da Saúde Mental;
- Trabalho realizado por equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogos, técnicos de enfermagem) e rede social parceira (escolas e demais secretarias municipais).
- Em todo encontro haverá aferição da PA, da glicemia, avaliação antropométrica conforme orientação e necessidade da nutricionista, além de uma roda de conversa.

Sugestão de Planejamento Anual em Educação Permanente em Saúde para as equipes das ESF

MÊS	COMEMORAÇÃO	AÇÃO	INSUMOS	RESP.	P.ALVO
JANEIRO	1º QUINZENA Apresentação do Diagnóstico Situacional de Saúde e Discussão dos resultados, das potencialidades e dos desafios	Apresentação do DSS Discussão dos Resultados	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe	Estratégia Saúde da Família	Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal

	<p>2º QUINZENA</p> <p>Buscar parcerias entre demais secretarias municipais, UFVJM (através dos Departamentos de Saúde), Centros Universitários, Escola Estadual</p>	<p>Cartas convites e reuniões entre os interessados via email, Correios, telefonemas</p>	<p>Notebook Aparelho de Telefone Envelopes</p>	<p>Estratégia Saúde da Família Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal</p>	<p>Responsáveis pela UFVJM e Centros Universitários</p>
FEVEREIRO	<p>1º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde Hipertensão Arterial Sistêmica para as Equipes de Saúde</p>	<p>Educação em Saúde Discussão de caso</p>	<p>Data Show Notebook</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF Nutrição da UBS</p>	<p>Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal</p>
	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde Hipertensão Arterial Sistêmica para a comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra nas Escolas Estaduais para orientação e informação a respeito da Hipertensão Arterial Sistêmica · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria 	<p>Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe</p>	<p>Equipe da ESF Nutrição da UBS</p>	<p>Comunidade em Geral (pacientes e cuidadores)</p>

		<p>Municipal de Saúde</p> <p>Escolas Estaduais e Municipais</p> <p>Demais Secretarias Municipais</p> <p>Estratégias Saúde da Família</p> <p>Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)</p>			
MARÇO	<p>1º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde</p> <p>Saúde do Idoso para as Equipes de Saúde</p>	<p>Educação em Saúde</p> <p>Discussão de caso</p>	<p>Data Show</p> <p>Notebook</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF</p>	<p>Equipe ESF</p> <p>Equipe NASF</p> <p>Equipe da UBS/AB</p> <p>Gestão Municipal de Saúde</p> <p>Administração Municipal</p>
	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde</p> <p>Saúde do Idoso para a comunidade</p>	<p>Afixar cartazes em lugares estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ü Secretaria Municipal de Saúde ü Escolas Estaduais e Municipais 	<p>Data Show</p> <p>Notebook</p> <p>Papel A4</p> <p>Impressão Preto e Branco</p> <p>Impressão Colorida</p> <p>Fita Crepe</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF</p>	<p>Comunidade em Geral (pacientes e cuidadores)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ü Demais Secretarias Municipais ü Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...) 			
ABRIL	<p>1º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde</p> <p><i>Diabetes Mellitus</i> para as Equipes de Saúde</p>	<p>Educação em Saúde</p> <p>Discussão de caso</p>	<p>Data Show</p> <p>Notebook</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF</p> <p>Nutrição da UBS</p>	<p>Equipe ESF</p> <p>Equipe NASF</p> <p>Equipe da UBS/AB</p> <p>Gestão Municipal de Saúde</p> <p>Administração Municipal</p>
	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde</p> <p><i>Diabetes Mellitus</i> para a comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra nas Escolas Estaduais para orientação e informação a respeito do Diabetes Mellitus · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria 	<p>Data Show</p> <p>Notebook</p> <p>Papel A4</p> <p>Impressão Preto e Branco</p> <p>Impressão Colorida</p> <p>Fita Crepe</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF</p> <p>Nutrição da UBS</p>	<p>Comunidade em Geral (pacientes e cuidadores)</p>

		<p>Municipal de Saúde Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)</p>			
MAIO	<p>1º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde Sobre Saúde da Mulher para as Equipe de Saúde</p>	<p>Educação em Saúde Discussão de caso</p>	<p>Data Show Notebook</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF Ginecologia da UBS</p>	<p>Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal</p>
	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde Sobre Saúde da Mulher para a comunidade</p>	<p>Afixar cartazes em lugares estratégicos: ü Secretaria Municipal de Saúde ü Escolas</p>	<p>Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe</p>	<p>Enfermagem e Medicina da ESF Ginecologia da UBS</p>	<p>Comunidade em Geral (pacientes e cuidadores)</p>

		Estaduais e Municipais ü Prefeitura Municipal ü Demais Secretarias Municipais ü Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...) 			
JULNHO	1º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Uso e Dependência de Drogas para as Equipe de Saúde e da Assistência Social	Educação em Saúde sobre a Saúde da Mulher Discussão de casos	Data Show Notebook	Enfermagem e Medicina da ESF Psicologia da UBS Psicologia do NASF Equipe do CRAS	Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal Gestão Municipal de Assistência Social
	2º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Uso e Dependência	· Palestra na Escola Estadual para alunos e corpo docente e administrativo · Palestra	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão	Enfermagem e Medicina da ESF Psicologia da UBS Psicologia do NASF	População infanto-juvenil População em Geral

	de Drogas para a comunidade	para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)	Colorida Fita Crepe	Equipe do CRAS	
JULHO	1º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Saúde Bucal para a Equipe de Saúde	Educação em Saúde Discussão de caso	Data Show Notebook	Equipe de Saúde Bucal ESF Equipe de Saúde Bucal UBS	Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal

	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde sobre Saúde Bucal para a comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra na Escola Estadual para alunos e corpo docente e administrativo · Palestra para Escola Municipal, corpo docentes e administrativo · Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios 	<p>Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe</p>	<p>Equipe de Saúde Bucal ESF Equipe de Saúde Bucal UBS</p>	<p>População infanto-juvenil População em Geral</p>
--	---	---	---	--	---

		(...)			
AGOSTO	1º QUINZENA				
	Educação Permanente em Saúde sobre Obesidade para equipe de saúde	Educação em Saúde Discussão de caso	Data Show Notebook	Medicina da ESF Medicina da UBS Nutrição do NASF Nutrição UBS	Equipe ESF Equipe NASF Equipe da UBS/AB Gestão Municipal de Saúde Administração Municipal
	2º QUINZENA				
	Educação Permanente em Saúde sobre Obesidade para comunidade	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra na Escola Estadual para alunos e corpo docente e administrativo · Palestra para Escola Municipal, corpo docentes e administrativo · Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde Escolas 	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe	Medicina da ESF Medicina da UBS Nutrição do NASF Nutrição UBS	População infanto-juvenil População em Geral

		Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...) 			
SETEMBRO	1º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Saúde Mental para equipe de saúde e assistência social	Educação em Saúde Discussão de caso	Data Show Notebook	Psicologia da UBS Psicologia do NASF Psicologia do CRAS	Equipe da UBS Equipe NASF Equipe ESF Equipe CRAS Gestão Municipal de Saúde Gestão Municipal de Assistência Social Gestão Administrativa Municipal
	2º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Saúde Mental	Palestra na Escola Estadual para alunos e corpo docente e administrativo	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão	Psicologia da UBS Psicologia do NASF Psicologia do CRAS	População infanto-juvenil População em Geral

	para comunidade	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra para Escola Municipal, corpo docentes e administrativo · Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...) 	Colorida Fita Crepe		
--	-----------------	---	---------------------	--	--

OUTUBRO	1° QUINZENA	Educação em Saúde Discussão de caso	Data Show Notebook	Medicina ESF Enfermagem ESF Psicologia UBS	Equipe da UBS Equipe ESF Equipe CRAS Equipe NASF Gestão Municipal de Saúde Gestão Municipal de Assistência Social Gestão Administrativa Municipal
	2° QUINZENA	<ul style="list-style-type: none"> · Palestra na Escola Estadual para alunos e corpo docente e administrativo · Palestra para Escola Municipal, corpo docentes e administrativo · Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde Escolas Estaduais e 	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe	Medicina ESF Enfermagem ESF Psicologia UBS	População infanto-juvenil População em Geral

		<p>Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)</p>			
NOVEMBRO	<p>1º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde sobre Saúde do Homem</p>	<p>Educação em Saúde Discussão de caso</p>	<p>Data Show Notebook</p>	<p>Medicina ESF Enfermagem ESF</p>	<p>Equipe da UBS Equipe ESF Equipe NASF Gestão Municipal de Saúde Social Gestão Administrativa Municipal</p>
	<p>2º QUINZENA</p> <p>Educação Permanente em Saúde sobre Saúde do Homem</p>	<p>· Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe</p>	<p>Medicina ESF Enfermagem ESF</p>	

		Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)			
DEZEMBRO	1º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Pacientes com Dificuldades na Locomoção e/ou Acamados	Educação em Saúde Discussão de caso	Data Show Notebook	Fisioterapia UBS Fisioterapia NASF Enfermagem ESF	Equipe da UBS Equipe ESF Equipe NASF Gestão Municipal de Saúde Social Gestão Administrativa Municipal
	2º QUINZENA Educação Permanente em Saúde sobre Pacientes com Dificuldades na Locomoção e/ou Acamados	· Palestra para a comunidade em geral · Afixar cartazes em lugares estratégicos: Secretaria	Data Show Notebook Papel A4 Impressão Preto e Branco Impressão Colorida Fita Crepe	Fisioterapia UBS Fisioterapia NASF Enfermagem ESF	Pacientes e Cuidadores

		Municipal de Saúde Escolas Estaduais e Municipais Prefeitura Municipal Demais Secretarias Municipais Estratégias Saúde da Família Pontos Estratégicos: Posto de Gasolina, Lojas do Comércio Local, Correios (...)			
--	--	---	--	--	--

As atividades pontuais que estão descritas nesse documento, requerem insumos nos quais necessitam de licitação para aquisição, disponibilidade das equipes envolvidas, possíveis parcerias estabelecidas e são ações conjuntas com a Estratégias Saúde da Família e Equipe da Unidade Básica de Saúde, visto que os municípios aos quais se destina esse documento, são municípios de pequeno porte, tendo uma Unidade Básica de Saúde, composta por enfermagem, técnico de enfermagem e médicos para atendimentos de urgência e emergência.

ANEXO C - CARTILHA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**CARTILHA EDUCAÇÃO EM SAÚDE****Se liga!**

**HIPERTENSÃO
ARTERIAL
DIABETES MELLITUS
OBESIDADE
ALCOOLISMO
DEPENDÊNCIA/USO DE
DROGAS
DIFICULDADE DE
LOCOMOÇÃO**



Foto: Wagner Pena - CMM

Autoras:

Priscyla Paulina Silva – Mestranda Programa EnSa UFVJM

**Profº Dr. Ivy Scorzi Cazelli Pires – Departamento de Nutrição e Docente
Programa Mestrado EnSa UFVJM**

Esta Cartilha de Educação em Saúde destina-se aos usuários do Sistema Único de Saúde que estão nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família Prefeito Geraldo Alves, no município de Couto de Magalhães de Minas, e Estratégia Saúde da Família de Monjolos, no município de Monjolos, ambas situadas no interior do Estado de Minas Gerais.

Trata-se de seis patologias/comorbidades mais comuns encontradas nas ESF a qual se destina tal material: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, alcoolismo, uso/dependência de drogas e pacientes com dificuldades de locomoção.

Baseado nisso, trazemos algumas informações para que você conheça um pouco mais dessas patologias/comorbidades, suas consequências, tratamentos e, para que você seja capaz de produzir cuidados e construir saúde através das informações aqui contidas.

Todos os dados componentes dessa Cartilha de Educação em Saúde, conta com materiais de diversas cartilhas em educação utilizadas em Estratégias Saúde da Família, universidades, centros educacionais, empresas, de todo país. Assim, o material apresentado é o condensamento de informações importantes quanto a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, hábitos e dependências químicas.

As informações aqui apresentadas são úteis e você poderá compartilhar com seus amigos e familiares

Autores:

Priscyla Paulina Silva

Dra. Ivy Scorzi Cazelli Pires

SUMÁRIO



Hipertensão Arterial Sistêmica	03
Diabetes Mellitus	08
Obesidade	12
Alcoolismo	17
Dependência/uso de Drogas	25
Dificuldade de Locomoção	33
Palavras Finais	40

HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial sistêmica que popularmente é conhecida como *PRESSÃO ALTA* é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias.

Isso significa que a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias para se movimentar é muito forte, ficando acima dos valores considerados normais; é como se o coração estivesse exercendo um esforço maior do que o normal para que o sangue seja distribuído pelo corpo.



A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de problemas como acidente vascular cerebral, aneurisma arterial, infarto e insuficiência renal e cardíaca.

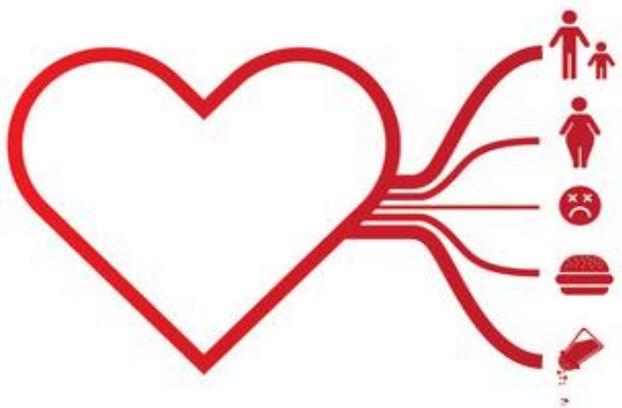
³ <http://www.unimed.coop.br/portallunimed/cartilhas/hipertensao-arterial2/pdf/cartilha.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/dha/educacao/cartilha/cartilha-hipertensao.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/dha/cartilha.asp>

Imagem: <https://pixabay.com/pt/vectors/ekg-eletrocardiograma-cora%C3%A7%C3%A3o-arte-2069872/>

CAUSAS DA HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)⁴



Hereditariedade
Obesidade
Estresse
Alimentação não saudável
Excesso de sal na alimentação

A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90mmHg (ou 14 por 9). Para essa consideração, os dados devem ser medidos várias vezes, de forma correta, com aparelhos calibrados e por profissional da saúde capacitado.

QUAIS OS SINTOMAS DA PRESSÃO ALTA?

⁴ <http://www.unimed.coop.br/portallunimed/cartilhas/hipertensao-arterial2/pdf/cartilha.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/dha/educacao/cartilha/cartilha-hipertensao.pdf>

<http://departamentos.cardiol.br/dha/cartilha.asp>

Imagem: Google.com

A maioria das pessoas com pressão alta não apresenta nenhum sintoma no início da doença, por isso ela é chamada de “inimiga silenciosa”.

A única forma de saber se a pressão está alta é aferindo regularmente a pressão arterial, e isso pode ser feito nas Unidades Básicas de Saúde.

E QUAIS OS SINTOMAS MAIS COMUNS?

- **Dor de cabeça**
 - **Cansaço**
 - **Tonturas**

SOU HIPERTENSO. O QUE DEVO FAZER?⁵

- **Meça sua pressão regularmente;**
- **Diminua a quantidade de sal na comida;**
- **Tenha uma alimentação saudável;**
- **Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas;**
- **Mantenha um peso saudável;**
- **Pratique atividade física regularmente;**

⁵ <http://www.unimed.coop.br/portalanimed/cartilhas/hipertensao-arterial2/pdf/cartilha.pdf>
<http://departamentos.cardiol.br/dha/educacao/cartilha/cartilha-hipertensao.pdf>
<http://departamentos.cardiol.br/dha/cartilha.asp>

- **Evite ou abandone o fumo. Depois da hipertensão, o fumo é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares**
- **Controle o estresse (nervosismo);**
- **Se utilizar medicamentos:**
- **Tome as medicações conforme a orientação médica;**
- **Se tiver qualquer dúvida sobre o medicamento, converse com seu médico**
- **Compareça às consultas regularmente**
- **Não abandone o tratamento**

Fique Ligado

- **Hipertensão arterial ou pressão alta não tem cura, mas tem controle!**
- **O tratamento da pressão alta é realizado por toda a vida**
- **O tratamento adequado da hipertensão prolonga a vida e melhora a qualidade de vida**
- **Se você estiver acima do peso adequado, seu risco de desenvolver doenças do coração é maior. Com o emagrecimento, sua pressão pode diminuir ou até mesmo se normalizar.**
- **Desse modo, poderá necessitar de menos remédios!**

- **Fumantes apresentam risco maior de infarto, derrame, doenças nas artérias, câncer de pulmão e várias outras doenças!** ⁶

Portanto:

- **Meça sua pressão arterial regularmente**
- **Tenha uma alimentação saudável e pratique atividade física**



- **Siga as orientações do seu médico; elas contribuirão para o controle da pressão arterial e para a diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares**
- **O controle da pressão alta está em suas mãos.**
- **Qualidade de vida se conquista.**

Com estas medidas é possível viver mais e melhor!!!

⁶ <http://www.unimed.coop.br/portalanimed/cartilhas/hipertensao-arterial2/pdf/cartilha.pdf>
<http://departamentos.cardiol.br/dha/educacao/cartilha/cartilha-hipertensao.pdf>
<http://departamentos.cardiol.br/dha/cartilha.asp>

DIABETES

O *Diabetes Mellitus* é uma doença relacionada a quantidade aumentada de glicose no sangue (hiperglicemia). Isso ocorre quando a insulina não atua de forma eficaz, o que ocasiona o aumento da glicose.

A insulina é o principal hormônio responsável pelo aproveitamento e metabolização da glicose pelas células do nosso organismo, com a finalidade de gerar energia. Ela é produzida no pâncreas. Todos nós precisamos de insulina para que nosso corpo funcione bem e possa utilizar glicose (açúcar) como principal fonte de energia.



8

7: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=KiH0Heqh1bw%3D>
<https://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/adulto/Cartilha_orient_paciente_diabetico.pdf
<http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca2/wpcontent/uploads/2014/06/Cartilhadiaabetes1.pdf>
 Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/cora%C3%A7%C3%A3o-gota-%C3%ADcone-3782056/>

O QUE PODE FAVORECER O APARECIMENTO DO DIABETES?⁹

O Diabetes Mellitus surge com a associação dos fatores genéticos com fatores ambientais e com o estilo de vida do indivíduo.

A obesidade e o sedentarismo são os fatores mais conhecidos que contribuem para o surgimento do diabetes.¹⁰

QUAIS OS TIPOS MAIS COMUNS DE DIABETES?

Tipo 1 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDENTE

Geralmente ocorre em crianças, jovens e adultos necessitando de insulina para o seu controle.



Tipo 2 - DIABETES MELLITUS NÃO INSULINODEPENDENTE

É o tipo mais comum de diabetes e aparece geralmente após os 40 anos de idade

⁹ <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=KiH0Heqh1bw%3D>
<https://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/adulto/Cartilha_orient_paciente_diabetico.pdf
 Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/cora%C3%A7%C3%A3o-gota-%C3%ADcone-3782056/>

DIABETES GESTACIONAL

É o tipo que aparece na gravidez. Há alguns condicionamentos e comorbidades que auxiliam no surgimento.

Todos os casos necessitam de tratamento e cuidados. Procure a Estratégia Saúde da Família para mais informações e orientações.

QUAIS OS SINTOMAS MAIS COMUNS DO DIABETES? ¹¹

- ◆ **Sede excessiva**
- ◆ **Excesso de urina**
 - ◆ **Muita fome**
 - ◆ **Cansaço**
- ◆ **Emagrecimento**
- ◆ **Formigamento nas mãos e pés**
 - ◆ **Dormências**
- ◆ **Peso ou dores nas pernas**
- ◆ **Infecções repetidas na pele e mucosas**

¹¹ <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=KiH0Heqh1bw%3D>
<https://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/adulto/Cartilha_orient_paciente_diabetico.pdf

COMO SE DETECTA O DIABETES?¹²

Através de testes simples laboratoriais que pesquisam a presença e avaliam a quantidade de açúcar no sangue.



O DIABETES TEM CURA?

No momento o diabetes tem tratamento e pode ser controlado. Há evidências que a manutenção da glicemia em níveis normais ou próximo do normal, leva ao desaparecimento dos sintomas e previne as complicações.

QUAIS AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO DIABETES?

As principais complicações são aquelas que aparecerão no curso dos anos de evolução do diabetes com tratamento irregular ou sem tratamento:

¹² <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=KiH0Heqh1bw%3D>

<http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca2/wpcontent/uploads/2014/06/Cartilhadiabetes1.pdf>

Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/sangue-diabetes-teste-diab%C3%A9tico-2413371/>

- ◆ **Infarto no coração**
- ◆ **Aumento da pressão arterial**
- ◆ **Derrame ou isquemia cerebral**
- ◆ **Pé diabético**
- ◆ **Lesões nos rins com insuficiência renal**
- ◆ **Lesões nos nervos com aparecimento de dor**
- ◆ **Paralisias**
- ◆ **Lesões nos olhos como a catarata e principalmente, a retinopatia diabética¹³**

Estas complicações podem ser evitadas com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do diabetes.

¹³ <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=KiH0Heqh1bw%3D>

<http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca2/wpcontent/uploads/2014/06/Cartilhadiabetes1.pdf>

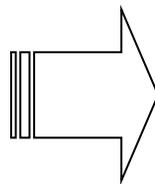
OBESIDADE

A obesidade é caracterizada por excesso de tecido adiposo, consequente ganho de peso, e associada a diversas comorbidades, além de fatores psicológicos; originado pelo desequilíbrio energético quando o indivíduo consome mais energia do que gasta.¹⁴



Sendo sua causa multifatorial, um dos métodos mais utilizados é o Índice de Massa Corporal (IMC) por ser de baixo custo, não invasivo e ainda de fácil mensuração.

OBESIDADE
Fatores



Fisiológicos
Psicológico
Ambientais
Culturais

¹⁴ : <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2015-10/cartilha-obesidade-para-acs.pdf>

https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade-infantil.pdf

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/gordura-obesos-obesidade-peso-3313923/>

CÁLCULO DO IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA} \times \text{ALTURA}}$$

**GRAU DE OBESIDADE
CLASSIFICAÇÃO IMC**

Peso Ideal 18-24

Sobrepeso 25-29

Obesidade Grau I 30-34

Obesidade Grau II 35-39

Obesidade Grau III $40 \geq$ **OBSERVAÇÃO:**

- *Para crianças e adolescentes o ideal é utilizar as curvas da OMS (2006) separadas por faixa etária e sexo.*
- *Idosos são considerados com sobrepeso quando o resultado do IMC é maior que $27\text{Kg}/\text{m}^2$.*
- *Para gestantes além do cálculo do IMC, é necessário também*

identificar a semana gestacional em que se encontra a mulher avaliada.

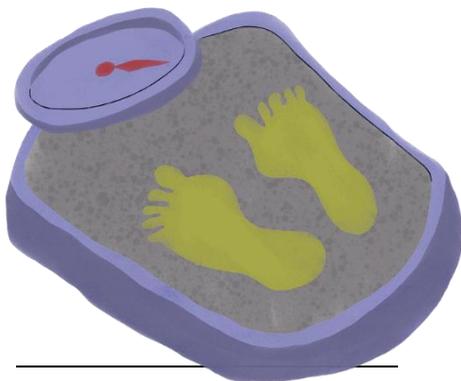
PRINCIPAIS CAUSAS¹⁵

- **Falta de exercícios físicos**
- **Fator genético**
- **Ingestão excessiva de alimentos**

Apesar da etiologia da obesidade ser multicausal, o incentivo a uma dieta pouco saudável com disponibilidade de alimentos com alto teor calórico e o sedentarismo são algumas das causas do aumento do número de indivíduos obesos

COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA OBESIDADE¹⁶

A obesidade é um dos fatores de riscos mais importantes para o surgimento de diversas doenças que acarretam diminuição na qualidade de vida, por exemplo:



- **Apnéia do sono**

¹⁵ <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2015-10/cartilha-obesidade-para-ac.s.pdf>

https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade-infantil.pdf

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

Imagem: da autora

Imagem: Google.com

¹⁶ http://www.hma.goias.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade.pdf

<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2015-10/cartilha-obesidade-para-ac.s.pdf>

https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade-infantil.pdf

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/escala-pesar-peso-slim-dieta-5396788/>

- **AVC – Acidente Vascular Cerebral**
- **Hipertensão arterial**
- **Diabetes Mellitus do tipo II**
- **Dislipidemias**
- **Doenças cardiovasculares**
- **Aterosclerose**
- **Desordens ortopédicas**
- **Distúrbios respiratórios**
- **Distúrbios psicossociais**
- **Mortalidade aumentada em especial por doença coronariana**

COMO PREVENIR¹⁷

- **Mudanças nos hábitos alimentares**
- **Praticar atividade física regular**
- **Acompanhamento regular de sua saúde**

Procurar profissionais de saúde na ESF de sua referência

¹⁷ http://www.hma.goias.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade.pdf
<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2015-10/cartilha-obesidade-para-acr.pdf>
https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2016-06/cartilha-obesidade-infantil.pdf
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

O equilíbrio nutricional e a prática de atividade física regular proporcionam a prevenção de doenças, amentam a sensação de bem estar, o aumento da autoestima e vitalidade!

DICAS PARA MANTER OU PERDER PESO

- **Respeite os horários para as refeições;**
- **Faça pelo menos três refeições e um lanche por dia;**
 - **Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras;**
 - **Evite o consumo de álcool e refrigerantes;**
 - **Aumente a ingestão de água;**
 - **Não exagere na quantidade de comida;**
- **Reduza o consumo de alimentos muito calóricos como doces, salgadinhos, chips e frituras;**
- **Evite passar horas sentado(a)s em frente ao computador ou TV;**



Em sua cidade há grupos de caminhadas, atividades físicas para melhor idade, grupos de bike, academias.... Além de profissionais capacitados de nutrição, médicos, psicólogos, educadores físicos, todos aptos para te auxiliar a cuidar de sua saúde.

***Lembre-se: Obesidade tem
tratamento!!***

ALCOOLISMO

Todos sabemos que a cerveja, o vinho, a caipirinha até mesmo o chopp estão presentes na vida cotidiana de muita gente. Muitas vezes utilizamos as bebidas para celebrar em datas festivas, selar compromissos, acompanhar refeições, alegrar festas, “criar um clima”, e servem como desculpa para encontrar os amigos. Mas, se bebida traz momentos bons e alegria, não é novidade para ninguém que pode trazer muito sofrimento também. Acidentes de carro, atropelamentos, quedas, violência familiar e nas ruas, além de uma série de problemas de saúde como resultado do seu consumo do abusivo.

O álcool é uma substância psicoativa que causa efeitos diretamente no cérebro e que pode comprometer algumas funções dos movimentos e dos sentidos.



❖ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo;

¹⁸http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/cartilha_alcool_jovens.pdf

<https://www.unimed.coop.br/viver-bem/cartilhas-de-saude/cartilha-alcool-beba-com-moderacao>

<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhamudandocomportamentos.pdf>

Imagem; <https://pixabay.com/pt/vectors/cerveja-caneca-completo-26722/>

- ❖ **76,3 milhões dessas pessoas têm alguma doença relacionada ao uso de álcool;**
- ❖ **Cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram em 2012 por causa de consumo de álcool;**

NO BRASIL¹⁹

- ❖ **A quantidade média de álcool consumida por maiores de 15 anos é de 8,7L por pessoa ao ano;**
- ❖ **A faixa etária entre 18 e 35 anos é a que mais consome bebidas alcóolicas;**
- ❖ **O uso do álcool pode levar ao alcoolismo, uma doença grave que atinge 12,3% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos.**

DANOS²⁰

19 http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/cartilha_alcool_jovens.pdf
<https://www.unimed.coop.br/viver-bem/cartilhas-de-saude/cartilha-alcool-beba-com-moderacao>
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhamudandocomportamentos.pdf>

20 http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/cartilha_alcool_jovens.pdf
<https://www.unimed.coop.br/viver-bem/cartilhas-de-saude/cartilha-alcool-beba-com-moderacao>
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhamudandocomportamentos.pdf>

❖ **Efeitos tóxicos sobre órgãos e tecidos**

Blackout alcoólico, sonolência, prejuízos nos movimentos e fala, depressão do sistema nervoso.

❖ **Intoxicação**

Sintomas como dor de cabeça, náuseas, boca seca, sudorese.

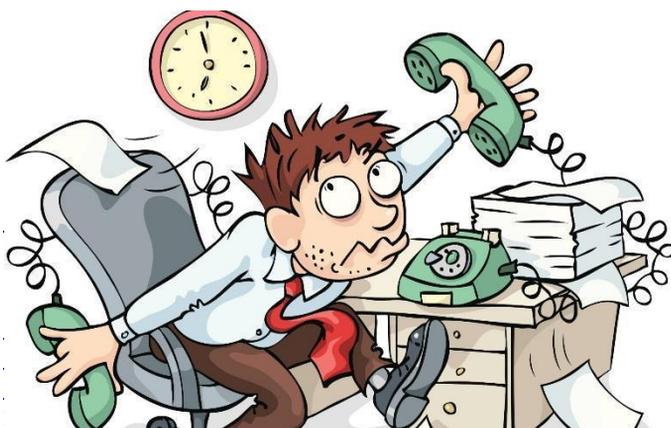
❖ **Dependência**

Estado em que você não consegue controlar a vontade de beber, e passa a ter sempre mais necessidade de doses cada vez maiores de álcool, podendo sofrer com suor, tremores, ansiedade e estresse. Na fase de dependência, danos maiores podem estar acometendo o seu corpo.

❖ **Problemas Sociais e Familiares**

Famílias são destruídas e/ou desestruturadas pelo uso abusivo e dependência de álcool por seus responsáveis. Empregos são perdidos e dívidas construídas.

FATORES DE RISCO²¹



❖ **Influência Social**

O contato com novas amizades que têm o

[o/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-](#)

[ol-beba-com-moderacao
cartilhas-politicas-sobre-](#)

hábito de beber, a dificuldade de se enturmar no ambiente novo da universidade, a vontade de se sentir parte de um determinado grupo social e a curiosidade podem levar você a experimentar o álcool.

❖ **Estresse e/ou Ansiedade**

Sobrecarga emocional e situações de estresse ou de ansiedade são frequentes, podendo leva-lo a recorrer ao álcool como uma válvula de escape dessa rotina.

CONSEQUENCIAS DO USO

❖ **Atos violentos**

Você pode acabar sendo agressivo/a e violento/a, como talvez não seria sem o efeito do álcool. Isso pode machucar você e outras pessoas, e não só fisicamente.

❖ **Vulnerabilidade a IST/AIDS²²**

O álcool pode comprometer sua capacidade de tomar decisões, levando a se relacionar sexualmente sem proteção. Quem vê cara, não vê AIDS nem Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)? Fique esperto!

❖ **Propensão a acidentes de trânsito**

O consumo de álcool compromete sua consciência, coordenação motora e percepção, o que torna inviável e perigoso que você conduza um veículo.

²²http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/cartilha_alcool_jovens.pdf
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhamudandocomportamentos.pdf>

❖ Prejuízo financeiro

A compra excessiva de bebidas alcoólicas pode lhe fazer gastar o dinheiro que tinha planejado usar no mês inteiro. Calcule direito seus gastos em diversão e obrigação!



❖ Comprometimento físico

O consumo de álcool exagerado ou por longo prazo pode lhe trazer problemas em diversas partes do corpo, como no fígado, coração, cérebro e outras. E ainda doenças como gastrite, câncer, hepatite, cirrose hepática, pancreatite crônica e anemia estão relacionadas ao uso de álcool.

PREVENÇÃO²³

❖ **Caso esteja se sentindo estressado, ansioso e ‘descontando’ na bebida, mude o hábito. Procure realizar atividades que lhe causa prazer como por exemplo: leituras, exercícios físicos, artes (dança, escrita, pinturas)**

²³http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/cartilha_alcool_jovens.pdf
<https://www.unimed.coop.br/viver-bem/cartilhas-de-saude/cartilha-alcool-beba-com-moderacao>
<https://copass-saude.com.br/posts/alcoolismo-e-coisa-seria>
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhamudandocomportamentos.pdf>
<http://www.fapeam.am.gov.br/cartilha-sobre-alcoolismo-e-desenvolvida-por-estudantes-no-amazonas/>

- ❖ **Não deixe de ver seus amigos e confraternizar com eles, porém, planeje suas saídas e consumo para evitar prejuízos no orçamento mensal.**
- ❖ **Reduza o número de doses/latinhas/garrafas que consome, procurando alternar essas doses com consumo de água. Isso ajudará tanto na diminuição do consumo, como evitar a desidratação que o álcool causa (ressaca).**
- ❖ **Não aceite bebidas de estranhos e nem compartilhe seu copo. Desconhecidos podem adulterar suas bebidas com outras drogas, o que deixará você vulnerável.**
- ❖ **Não dirija alcoolizado, jamais! Opte sempre por pegar carona com amigos que não beberam. Isso é questão de segurança.**
- ❖ **Se você tem amigos ou familiares com consumo de álcool, converse sobre o assunto e repasse as informações que você recebeu aqui.**

SUA FAMÍLIA SOFRE QUANDO VOCÊ ESTÁ DOENTE. VOCÊ É UM EXEMPLO PARA SEU FILHO(A), UM ORGULHO PARA SEUS PAIS, AMIGOS E FAMILIARES.... CUIDAR DE SUA SAÚDE, SEUS HÁBITOS, SEUS VICIOS É SINAL DE





ORIENTAÇÕES

Se ao ler essa Cartilha e se identificar que está precisando de ajuda para lidar com o excesso do consumo de álcool, saiba que **EXITEM LUGARES** que você pode **PEDIR AJUDA!!**

PROCURE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA, OU CONVERSE COM SUA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE. PODE CONFIAR!

HÁ TAMBÉM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS Ad) ONDE VOCÊ PODERÁ SER ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO E RECEBERÁ CUIDADOS ESPEIALIZADOS!

EM SUA CIDADE EXISTE O GRUPO DE APOIO CHAMADO “ALCOOLICOS ANÔNIMOS”. PROCURE-OS!

DROGAS

Droga é qualquer substância psicoativa capaz de produzir alterações no organismo de maneira a modificar a atividade dos órgãos ou o comportamento do indivíduo, produzindo mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas.



Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), droga é toda substância que, em contato com o organismo, modifica uma ou mais de suas funções.

O uso de drogas psicotrópicas leva o indivíduo às seguintes consequências: ²⁶

- ***TOLERÂNCIA:* quando o uso é contínuo o cérebro, gradualmente, adapta-se à presença da droga e exige**

²⁵ <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/cartilha_apm_drogas.pdf
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>

Imagem: <https://pixabay.com/pt/vectors/sem-drogas-inscreva-se-saud%C3%A1vel-156771/>

²⁶

<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>

https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/cartilha_apm_drogas.pdf

<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>

quantidades cada vez maiores para que o usuário se sinta bem.

- **DEPENDÊNCIA FÍSICA:** quando o corpo necessita da droga para se sentir bem. Uma reação física, chamada de crise de abstinência, ocorre quando o usuário, nessa situação, tenta parar o uso.
- **DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA:** quando o usuário é dominado por uma vontade quase incontrolável de usar a droga a qual se habituou. O usuário começa a pensar que não pode mais viver sem a droga, a ansiedade aumenta e a pessoa normalmente tem uma forte sensação de mal-estar quando não faz o uso.

OUTROS PREJUÍZOS CAUSADOS PELO USO DE DROGAS²⁷

- Coloca os usuários em risco de acidentes, overdose e morte;
- Interfere na capacidade de aprender e dirigir com segurança;
- Dificulta o aprendizado na escola;
- Adia a sua capacidade de aprender a lidar com sentimentos negativos;
- Diminui as chances de ser bem-sucedido e de conseguir o que deseja da vida.



²⁷<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>

Imagem: <https://pixabay.com/pt/vectors/atravessar-cr%C3%A2nio-perigo-296395/>

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS²⁸

A classificação das substâncias psicotrópicas é de acordo com o seu efeito no sistema nervoso central (SNC):

- **Estimulantes**, que aceleram a transmissão nervosa. Fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas com menos sono e mais elétricas. São as anfetaminas, também conhecidas como “bolinha” ou “rebite” (presentes em remédios para emagrecer), cafeína, cocaína, crack, nicotina, entre outras.
- **Depressoras**, que diminuem o ritmo da transmissão nervosa. São os opiáceos-xaropes, álcool, morfina, heroína, ansiolíticos e barbitúricos (calmantes), entre outras.
- **Perturbadoras**, que potencializam sensações e podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central. O melhor exemplo é a maconha.
- **Alucinógenas**, únicas substâncias que alteram o sistema nervoso central a ponto de causar alucinações, como, por exemplo, algumas ervas/flores, ácido lisérgico (LSD), alguns cipós e cogumelos.

²⁸<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>

LEMBRE-SE QUE CADA INDIVÍDUO TEM UMA PREDISPOSIÇÃO DIFERENTE E AGE DE FORMA PECULIAR À SUA PERSONALIDADE, MOMENTO ATUAL E HISTÓRIA DE VIDA.

MAS ENFIM, O QUE É DEPENDENCIA?²⁹

Dependência é um impulso que leva o indivíduo a fazer uso de uma droga (substância psicoativa) de forma contínua ou periódica, com a finalidade de obtenção de prazer.

Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma ‘droga’ para evitar sensações de desprazer (alívio de tensões, ansiedade, medo, sensações físicas desagradáveis, dentre outros...).

O dependente caracteriza-se por apresentar uma falta de controle no consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

QUAIS RAZÕES LEVAM UMA PESSOA A USAR DROGAS?

29

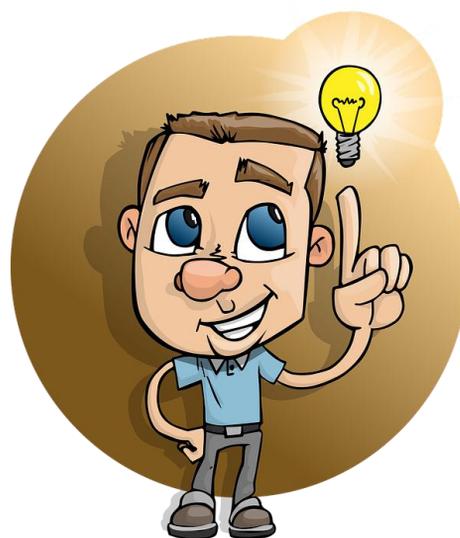
<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>

https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/cartilha_apm_drogas.pdf

<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>

Isso é muito particular e requer muito cuidado ao lidar com essa pergunta. Porém, muitas são as razões que podem levar uma pessoa a usar drogas; cada indivíduo tem seus próprios motivos que o levam ao uso de tais substâncias.

O uso de drogas pode ser uma tentativa de amenizar sentimentos de solidão, de inadequação, baixa autoestima ou falta de confiança.



Existem sinais para identificarmos se alguém está usando drogas?³⁰

É importante que o diálogo esteja presente em qualquer situação. Entre pais e filhos, maridos e esposas, amigos.... Pois apesar de serem possíveis identificar alguns sinais (mudança de comportamento, gastos excessivos, agressividade, sonolência, humor instável, por exemplo),

³⁰ <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/cartilha_apm_drogas.pdf
<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>
Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/menino-smart-id%C3%A9ia-luz-bulbo-1454054/>

toda suspeita ou desconfiança dificulta a busca por tratamento adequado e as relações familiares existentes. Mesmo que este diálogo se torne tenso e cheio de conflitos, ainda assim ele é uma via de comunicação importante; ouvir, aconselhar, acolher.

TRATAMENTO³¹

A maioria dos modelos de tratamento focam principalmente na dependência da droga. Embora este seja realmente o ponto central que leva o indivíduo a procurar tratamento, devemos destacar que os dependentes frequentemente apresentam outros transtornos psíquicos associados à dependência de drogas.

É extremamente importante que estes transtornos recebam a devida atenção, pois se eles não forem também tratados haverá uma grande possibilidade de que o indivíduo volte a se tornar dependente. Por exemplo, um dependente de drogas que também apresenta um transtorno depressivo (o que é muito frequente!) deverá receber tratamento não apenas para sua dependência mas também para sua depressão. Se o tratamento for dirigido apenas à dependência, sua depressão não tratada provavelmente o levará a abusar de drogas novamente.

31

<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>

INFORMAÇÃO

Procure a Estratégia Saúde da Família em seu bairro ou município. Existem profissionais qualificados para acolher, orientar, tratar e encaminhar para serviços especializados.

Você não está sozinho nessa.... E não precisa estar!!

PREVENÇÃO³²

- **Pratique atividades físicas regulares;**
- **Tenha alguém com quem conversar, alguém em quem confie. Isso faz um bem danado!;**
- **Mantenha seu foco no seu bem estar, nos cuidados com suas necessidades;**



³² <https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/Cartilha%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20as%20Drogas.pdf>
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/cartilha_apm_drogas.pdf

- **Foca em seu trabalho, na sua família;**
- **Procure ajuda quando sentir que não está bem; não se isole!;**

DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

33



A dificuldade de locomoção pode ser adquirida ou de nascença. Alguns pacientes se locomovem com dificuldade na marcha, ou usam auxílio de andadores, muletas, cadeiras de rodas e outros ainda, são pacientes acamados.

Cuidar de pacientes com mobilidade reduzida ou acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial, e devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência e compreensão, tanto da família como dos profissionais de saúde.

É importantíssimo manter a limpeza do ambiente, do leito e o cuidado nas trocas de roupas, no banho e no preparo dos alimentos, bem como evitar usar tapetes e demais adornos na casa para evitar quedas.

33 <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO087.pdf>

Mais do que cuidar do corpo, todo paciente necessita de apoio moral, psicológico e reforço em sua autoestima. Se é uma dificuldade de locomoção adquirida, muitos pacientes tem dificuldades em aceitar e até mesmo adaptar à nova realidade, isso requer tempo, paciência e respeito dos familiares.

Trabalhar a autoestima pode ajudar muito na melhora do estado do paciente. Por isso, é função de todos que convivem com ele garantir que se sinta sempre querido e, sempre que possível, integrá-lo às atividades da família.³⁴

ALGUMAS ORIENTAÇÕES COM OS CUIDADOS BÁSICOS DIÁRIOS³⁵

BANHO

- **Permita que o paciente escolha a melhor hora para seu banho;**

³⁴ <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO087.pdf>

³⁵ <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO087.pdf>



- Caso ele consiga e queira fazê-lo sozinho, incentive-o e organize todo o material necessário e colocando-os bem próximo dele, mas não o deixe completamente só nesse momento;
- Verifique a temperatura da água. O paciente pode não perceber

a temperatura, se alguma parte do corpo dele estiver menos sensível;

- Para estabelecer mais o vínculo entre cuidador e cuidando, aproveite o momento pós-banho para massagear a pele dele com um creme hidratante;
- Observe se há lugares onde a pele parece avermelhada (ombros, nádegas, calcanhar) e caso observe informe imediatamente a equipe de saúde da ESF;

VIDA DIÁRIA³⁶

- Estimule o paciente a fazer suas refeições sozinho, mesmo que no começo ele o faça muito lentamente e esteja sempre por perto;
- Os utensílios de cozinha como prato, talher, copo ou a xícara devem estar adaptados para facilitar o seu uso (quando for o caso);

³⁶ <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/EO087.pdf>

- **Atente-se para a posição do acento do paciente durante as refeições, e o auxilie sempre que for necessário;**
- **Ofereça líquidos durante todo o dia, mesmo que ele não os solicite. Lembre-se de que é importante mantê-lo hidratado;**



- **A dor desestimula o apetite. Portanto, certifique-se de que o paciente esteja medicado com os analgésicos prescritos pelo médico para que a dor não dificulte a alimentação;**
- **No caso dos pacientes com problemas na movimentação dos braços, lembre-se sempre de colocar os alimentos e a**

água próximos ao lado não afetado;

- **Estimule a fazer passeios pequenos pelo jardim/prça;**
- **Quando for possível, estimule a prática de exercícios;**
- **Estimule com atividades lúdicas, bons filmes e livros, pois o cérebro merece e deve ser exercitado (quando possível).**

CUIDADOS NA HORA DE DAR OS REMÉDIOS³⁷

- **Verifique sempre a data de validade dos medicamentos;**
- **Nunca ofereça medicamento não prescrito ou autorizado pelo médico responsável;**
- **A organização dos remédios (com suas doses e horários) deve ser feita com muita atenção. Esclareça suas dúvidas com os médicos antes de oferecer os medicamentos;**
- **Jamais ofereça cápsulas ou outros medicamentos que devem ser engolidos quando o paciente estiver deitado. Mantenha a cabeceira mais alta e para isso use travesseiros ou almofadas grandes;**
- **Se houver dificuldade de engolir os comprimidos, triture-os e dissolva o pó em uma pequena quantidade de água.**

COMO AJUDAR A IR AO BANHEIRO

- **O paciente precisará ir ao banheiro sempre, caso não esteja usando fraldas. Pergunte-o sempre sobre sua vontade, mas também deixe-o livre para solicitar;**
- **Procure lhe dar a maior privacidade possível;**

³⁷ <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO087.pdf>

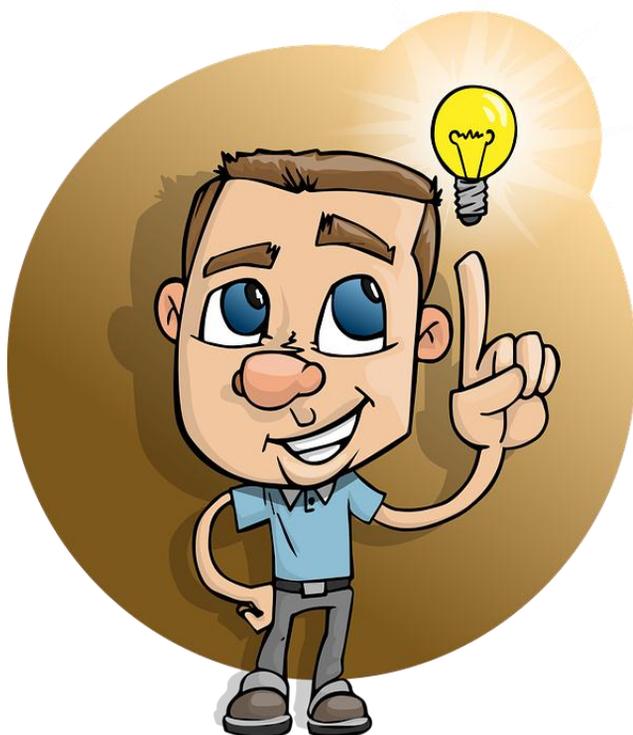
- **Coloque no banheiro todo o material de higiene de que ele poderá precisar em um lugar de fácil acesso;**
- **Peça orientações à equipe de enfermagem sobre como limpar o paciente após as evacuações.**

ALGUMAS DICAS IMPORTANTES³⁸

- **Caso o paciente tenha dificuldade em se expressar: tenha paciência; procure manter a calma;**
- **Repita as perguntas e respostas quantas vezes forem necessárias. Pode ser que ele tenha tido dificuldade em entendê-las;**
- **Evite que outras pessoas ou membros da família falem sobre problemas na sua presença; isso pode deixá-lo angustiado, mas também não esconda nada dele;**
- **Quando perceber-se cansado, irritado, estressado, desanimado, divida com outro familiar as tarefas e responsabilidades. O trabalho de cuidar é de toda a família;**
- **Caso surja dúvidas nos cuidados, ou medo, ou receios, procure a ESF de sua referência. Um profissional irá ouvi-lo e orienta-lo.**

³⁸ <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf>
http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impresos/adm/FO087.pdf>
Imagem: <https://pixabay.com/pt/illustrations/menino-smart-id%C3%A9ia-luz-bulbo-1454054/>

**O CUIDADOR MERECE E DEVE SER
CUIDADO ASSIM COMO O PACIENTE.
PROCURE AJUDA, PARA MELHOR
CUIDAR!**



É com bastante alegria que entregamos essa Cartilha de Educação em Saúde para as comunidades de Couto de Magalhães de Minas e Monjolos, como forma de agradecimento e reconhecimento de tanto que fizeram por mim e por minha profissão durante o período que trabalhamos juntos.

Em Couto de Magalhães de Minas foram 07 anos atuando como psicóloga, ora na gestão em saúde, mas sempre ali na clínica, em contato com a população e diante de sofrimentos tão particulares. Aprendi muito, inclusive a importância do acolhimento e respeito ao paciente.

Já em Monjolos, há pouco tempo trabalhando na assistência em saúde como psicóloga, também afirmo meu respeito pelas equipes de saúde e todos munícipes.

Esta Cartilha é um produto de tudo que acredito: no cuidado, na assistência e na gerência em saúde. É necessário conhecermos a realidade que estamos inseridos, nos incomodarmos, para que assim, possamos produzir e construir saúde. Diante disso, o Diagnóstico Situacional de Saúde realizado durante 12 meses, tem como produto, essa cartilha, com linguagem clara, objetiva, acessível, lúdica, afim de poder ser compreendida por diversos núcleos familiares e de conhecimento.

Autorizamos, assim, que esta seja usada como mecanismo de educação entre os usuários do sistema de saúde em suas ESF.

Aqui se encerra um ciclo e inicia outros em cada uma das ESF estudadas. A vocês 3.823 usuários do sistema de saúde e a todos os profissionais de saúde das equipes, meu MUITO OBRIGADA!

Priscylla Paulina