

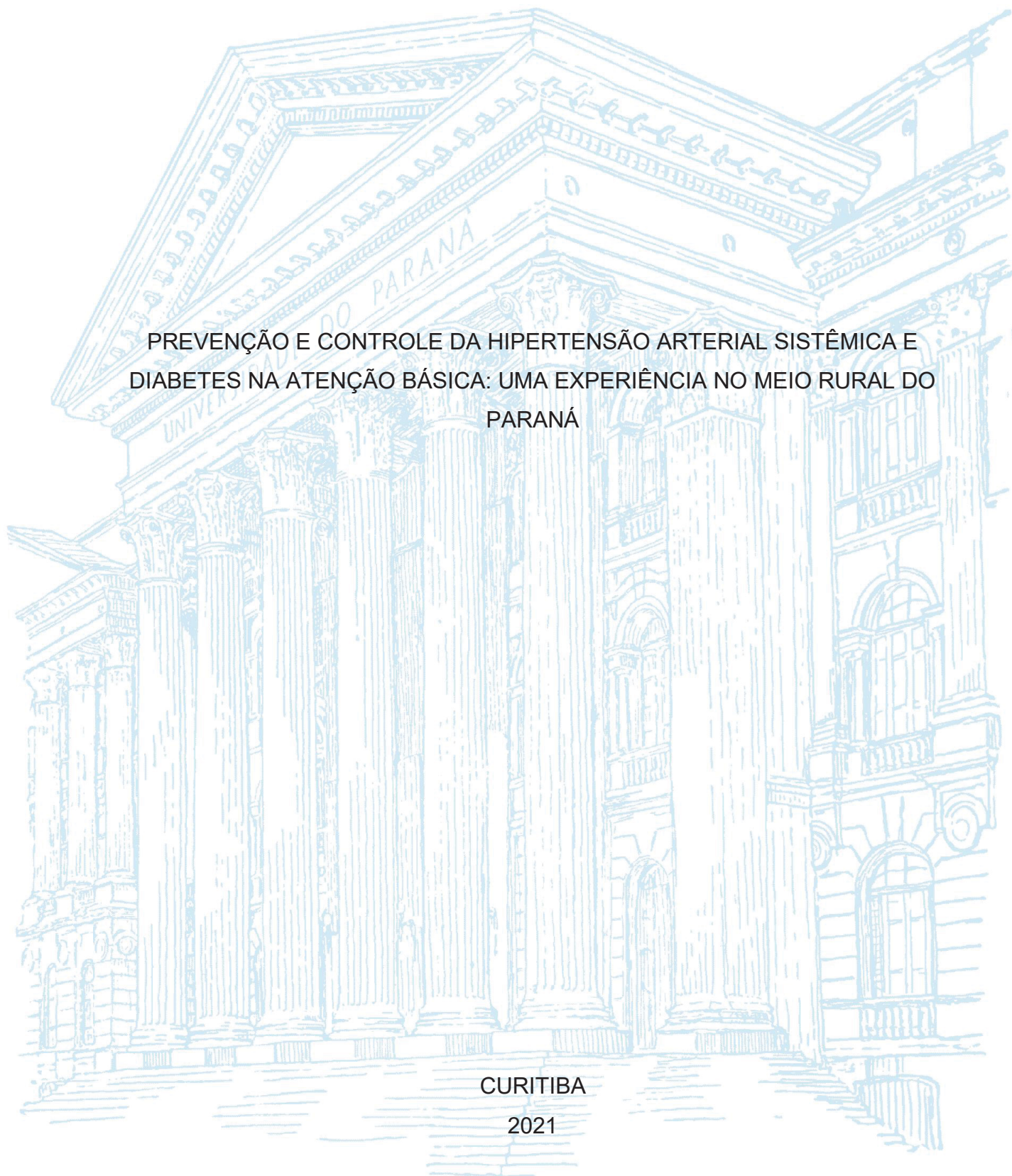
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SANDRA COUTINHO

PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA NO MEIO RURAL DO
PARANÁ

CURITIBA

2021



SANDRA COUTINHO

PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA NO MEIO RURAL DO
PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso/Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciência da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA COUTINHO

PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA NO MEIO RURAL DO PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani. _____
Orientador Departamento de Saúde Coletiva - UFPR

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Curitiba, 24 de abril de 2021

Em memória de meus pais, Judith Braz Coutinho e Arlindo Coutinho, minha base e exemplo. Além disso, dedico também aos meus filhos, Gabriel Henrique Coutinho e Raphael Talles Coutinho de Carvalho, além do restante de minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. William Augusto Gomes de Oliveira Bellani, pelo apoio e atenção.

Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior. Estas atitudes se refletirão em mudanças positivas no seu ambiente familiar. Deste ponto em diante, as mudanças se expandirão em proporções cada vez maiores. Tudo o que fazemos produz efeito, causa algum impacto.

Dalai Lama

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo expor as ações realizadas através de um projeto de intervenção efetuado na Estratégia de Saúde da Família Pinheiro no município de Capanema/PR. Nesse sentido, as atividades foram desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) ao grupo de paciente hipertensos e diabéticos, os quais receberam desde atendimento médico até atividades em grupo com o objetivo de prevenção e recuperação da saúde. Ainda assim, valores como cuidado integral e humanizado foram pauta das discussões em equipe para fornecer um serviço mais resolutivo e acolhedor. Por fim, foram perceptíveis, por meio das consultas, resultados positivos inerentes ao controle glicêmico e pressórico, além de maior adesão aos exercícios físicos, conscientização acerca da gravidade do peso corporal na condição de saúde desses pacientes, maior interesse em aprender as combinações da alimentação que são benéficas nutricionalmente favorecendo o controle do triglicerídeos, colesterol e glicemia, promovendo o incentivo ao consumo de alimentos in natura.

Palavras-chave: Controle. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Prevenção de saúde. Diminuição de complicações cardiovasculares.

ABSTRACT

This work aims to export as actions carried out through an intervention project carried out in the Pinheiro Family Health Strategy in the city of Capanema/PR. In this sense, activities were developed in the Unified Health System (SUS) to the group of hypertensive and diabetic patients, who received from medical care to group activities with the objective of preventing and recovering health. Even so, values such as comprehensive and humanized care were the focus of team functions to provide a more resolute and welcoming service. Finally, through the consultations, there were noticeable positive results inherent to glycemic and blood pressure control, in addition to greater adherence to physical exercises, awareness of the severity of body weight in the health condition of patient patients, greater interest in learning how to support food they are nutritionally beneficial, favoring the control of triglycerides, cholesterol and glycemia, promoting the consumption of fresh foods.

Keywords:Control: Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Health prevention. Decrease in cardiovascular complications.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PROPORÇÃO DE PESSOAS POR UBS	17
GRÁFICO 2 – PORCENTAGEM POR SEXO.	17
GRÁFICO 3 – DIAGNÓSTICOS DE HIPERTENSÃO E DIABETES.	18
GRÁFICO 4 – ATENDIMENTOS À HIPERTENSÃO POR FAIXA ETÁRIA	19
GRÁFICO 5 – ATENDIMENTOS À DIABETES POR FAIXA ETÁRIA.....	19

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – HIPERTENSÃO POR ESTÁGIO.	25
TABELA 2 – GLICEMIA POR ESTÁGIO.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DANT	- Doenças e Agravos não Transmissíveis
DM	- Diabetes Mellitus
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA	16
1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	17
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 METODOLOGIA	22
3.1 ETAPA 1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	22
3.2 ETAPA 2 – INTERESSE DO TEMA	23
3.3 ETAPA 3 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	23
3.4 ETAPA 4 – BASE TEÓRICA	23
3.5 ETAPA 5 – ELABORAÇÃO DA PROPOSTA	23
3.6 ETAPA 6 – IMPLANTAÇÃO	24
3.7 ETAPA 6 – AVALIAÇÃO DO IMPACTO.....	24
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA APS	25
4.2 DIABETES NA APS	27
4.3 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	32
6 REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A hipertensão arterial e a diabetes são doenças inclusas nas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) apresentando altas incidências sobre a população brasileira. A hipertensão foi a doença que mais matou no Brasil em 2019 (CONASEMS, 2019), enquanto que as mortes por diabetes aumentaram 70% globalmente entre 2000 e 2019 (OPAS, 2020). Sendo assim, torna-se fundamental intervenções e a reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de modo a evitar a intensificação desses agravos, bem como a ampliação de ações que promovam a saúde e previnam que mais pessoas apresentem hipertensão ou diabetes ao longo da vida, por esse motivo a continuidade do cuidado é imprescindível. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

Assim, um sistema de atenção à saúde baseado na APS: estará fundado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial; centrar-se-à nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema (BRASIL, 2011).

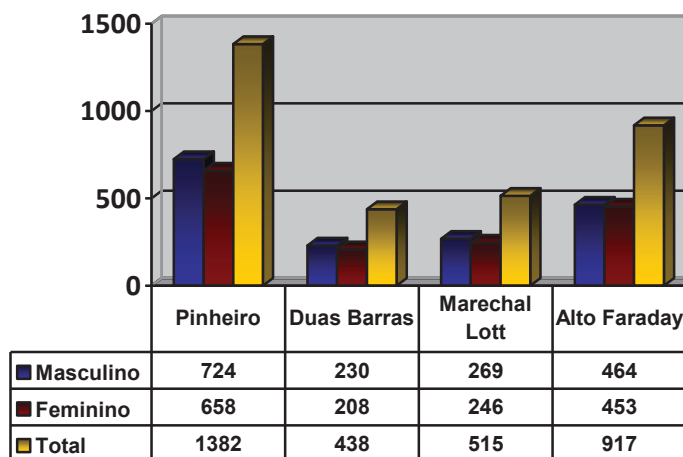
Nessa perspectiva, diversas abordagens foram realizadas no município de Capanema, situado no estado do Paraná. O mesmo apresenta 19.148 habitantes (IBGE, 2021) um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,706 (IBGE, 2010) e uma área territorial de 419,036 km² (IBGE, 2019). É importante destacar que existem 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com seis Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um hospital conveniado ao SUS, todas as unidades de saúde contam com equipes vinculadas. A ESF Pinheiro atualmente executa ações nas UBS das localidades rurais: Alto Faraday, Duas Barras, Marechal Lott e Pinheiro. Dentre as principais abordagens destacam-se os grupos de hiperdia e de atividades física. Nesse sentido, a presença da equipe NASF se faz muito relevante, não somente pela profissional de educação física, como também pela nutricionista que durante os grupos de hipertensos e diabéticos, nos quais a última

orienta acerca da alimentação saudável, enquanto que a primeira enfatiza a importância de boas rotinas e práticas de atividade física que contribuem para a melhora na qualidade de vida.

1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

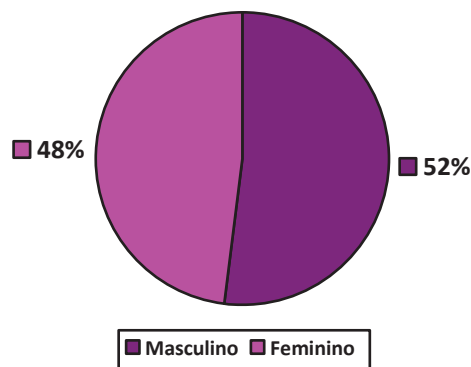
Como destacado, as intervenções foram realizadas pela ESF Pinheiro dentro da zona rural do município de Capanema. Dos 19.148 habitantes (IBGE, 2021) aproximadamente 3300 estão adscritos na equipe de saúde. Nessa perspectiva, é válido analisar algumas informações demográficas presentes no território.

GRÁFICO 1 – Proporção de pessoas por UBS. Dados de 01/01/2015 a 15/02/2021



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Capanema, SIGSS.

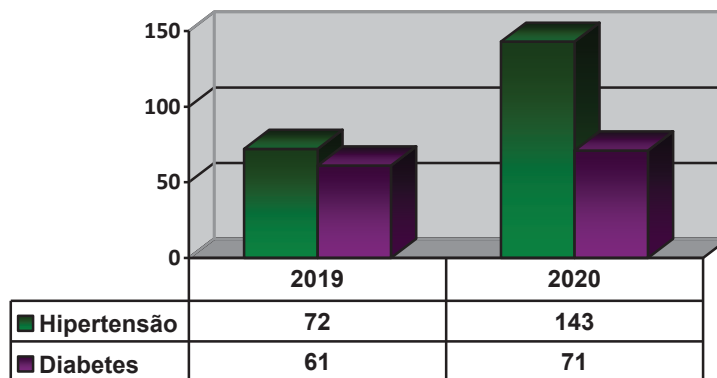
GRÁFICO 2 – Porcentagem por sexo. Dados de 01/01/2015 a 15/02/2021



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Capanema, SIGSS.

Dentre as principais queixas presentes nas UBS, foi realizada uma avaliação através do sistema interno de saúde, SIGSS, para identificar quais os principais diagnósticos, em geral estão associadas a queixas básicas, como dores agudas ou crônicas, emissão de prescrição de repetição e avaliação de exames laboratoriais, mesmo assim, torna-se importante salientar que do ano 2019 para 2020 houve um acréscimo no número de pacientes público-alvo do projeto, resultado das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de enfermagem, atendimentos ambulatoriais e também a modalidade de teleatendimento.

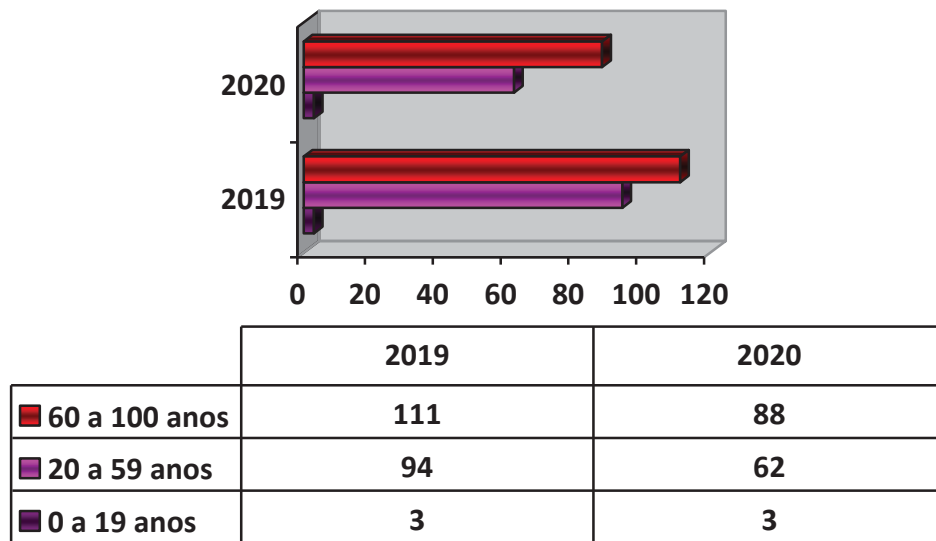
GRÁFICO 3 – Diagnósticos de Hipertensão e Diabetes. Dados de 01/01/2015 a 15/02/2021



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Capanema, SIGSS.

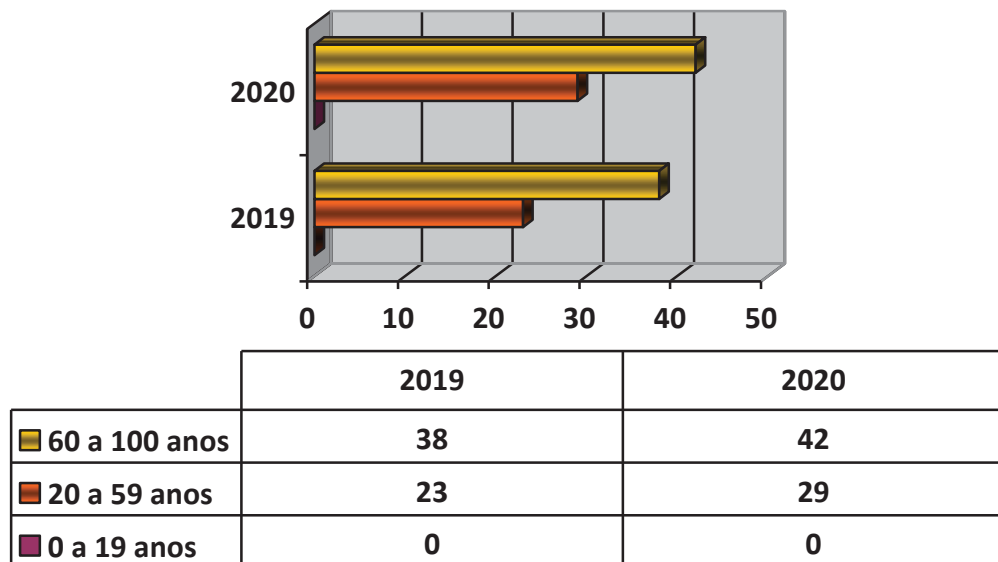
Infelizmente, devido a pandemia de COVID-19 ocorrida no ano de 2020, muitas das ações coletivas precisaram cessar, o que comprometeu o andamento das atividades programadas, haja vista que aproximadamente a metade do público-alvo é do grupo de risco.

GRÁFICO 4 – Atendimentos à Hipertensão por Faixa Etária. Dados de 01/01/2019 a 31/12/2020



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Capanema, SIGSS.

GRÁFICO 5 – Atendimentos à Diabetes por Faixa Etária. Dados de 01/01/2019 a 01/12/2020



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Capanema, SIGSS.

Ainda que se apresentaram tantas adversidades, o projeto trouxe consigo a oportunidade de escutar a comunidade e acolher suas principais queixas, sejam relacionadas às doenças ou nas melhorias de infraestrutura nas UBS, como a

cobertura das academias de saúde, uma sugestão levantada pela população devido o forte sol que atinge quase o dia todos esses ambientes.

Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL 2013).

Em consonância com o apresentado, é de extrema importância a presença de um bom acolhimento, pautado na escuta e na humanização. Torna-se imprescindível o entendimento do ser biopsicossocial como um indivíduo além da sua doença, essa compreensão leva o profissional a ter uma visão de outras áreas que antes poderiam estar obscurecidas, sejam elas psíquicas, físicas ou espirituais.

A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas (PERES, 2007).

Nessa perspectiva, as ações tanto pautaram-se no entendimento de que a participação não somente é válida, como também deve ser estimulada e também na valorização do indivíduo, reiterando que ele é mais que a sua doença.

Não obstante, a comunicação é a base de qualquer relação e para promover saúde é primordial a criação de vínculo entre a equipe e o paciente. Sendo assim, durante as reuniões mensais da equipe, em discussão principalmente com os ACS, visualizou-se a importância em criar alternativas de abordagens para esses grupos, tendo em mente as diversas implicações dessas doenças na vida de seus portadores, bem como pelo fato das doenças do aparelho circulatório corresponderem ao principal motivo de óbitos entre os capanemenses (SIM, 2021), definiu-se o controle da hipertensão e diabetes como tema urgente para o território e intervenção deste trabalho.

Em discussão com a equipe durante as primeiras reuniões foi observado que os pacientes hipertensos e diabéticos não apresentavam um acompanhamento regular pela ESF, muitos dos quais estavam em uso de polifarmácia ou havia mais de um ano que não realizaram exames básicos, como hemoglobina glicosilada, dosagem de colesterol HDL, LDL e Total e Triglicérides. Vista essa grande fragilidade, definiu-se pela implantação de uma abordagem que estivesse pautada na reavaliação desses indivíduos, mas com caráter humanizado e longitudinal.

Outrossim, a intervenção iniciou pelo acolhimento, na qual os Agentes Comunitários de Saúde receberam um treinamento pela médica e enfermeira acerca de como realizar a abordagem para saber se o paciente está fazendo o uso adequado de suas medicações, de modo a melhorar o vínculo. Além disso, a recepção também foi treinada para ter maior empatia por esses grupos que, diversas vezes, não sabem qual a medicação ou seu uso correto, de que maneira ocorrem os atendimentos médicos e de enfermagem e a importância do acompanhamento adequado. Essas estratégias sensibilizaram o público-alvo que, na percepção da equipe, se tornou mais ativo e buscava maiores esclarecimentos e consultas.

Ademais, nesse panorama a enfermagem foi validada como protagonista, e também agiu de forma proativa, auxiliando durante as visitas domiciliares aos pacientes com feridas diabéticas, também trazendo essas informações para a discussão entre a equipe a fim de criar abordagens efetivas e acionar outros níveis da rede de atenção quando necessário, como hospital ou especialidades, endocrinologista. Vale destacar, nesse momento, a participação do NASF que auxiliou nas visitas mais complexas através da fisioterapeuta, assistente social, enquanto que os pacientes diabéticos descompensados foram avaliados pela nutricionista e orientados acerca dos cuidados com a alimentação.

Dentro do plano de intervenção estavam previstas abordagens de aspecto coletivo, como grupos de hipertensos e diabéticos, nos quais seriam evidenciadas diversas temáticas, sobretudo alimentação, atividade física regular, utilização racional de medicamentos e outros cuidados básicos. Entretanto, não foi possível efetivar essas ações em decorrência da pandemia de COVID-19 que perdurou durante o ano de 2020 e postergou para 2021. Mesmo assim, é importante salientar que essas alternativas persistem sendo estratégias a implementar em seu devido momento e respeitando-se as medidas sanitárias.

Por fim, a saúde é uma constante construção que deve reconhecer a importância da comunidade e dos profissionais de saúde, essa corresponsabilidade é um dos objetivos do programa implantado na ESF Pinheiro e norteou a tomada de decisões tanto para a reestruturação da rede de atenção ao paciente hipertenso e diabético, como também para a garantia dos direitos desses usuários no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Instaurar adaptações à RAS aos pacientes hipertensos e diabéticos no município de Capanema, a fim de reabilitar, controlar, prevenir e promover a saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular o autocuidado;
- Proporcionar um maior acolhimento e almejar a longitudinalidade do cuidado;
- Garantir acesso integral e em discriminações aos serviços ofertados;
- Estabilizar as condições de saúde;
- Humanizar o acolhimento e os atendimentos;
- Promover maior participação social;
- Construir o modelo de determinação social e desconstruir o biomédico.

3 METODOLOGIA

Por meio do estudo exploratório e através da pesquisa-ação considerada por Thiollent (2007, p.14) como: “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”. A mesma foi desenvolvida a partir do diagnóstico territorial e perfil epidemiológico da região. Dessa maneira, seguirão as etapas abaixo:

3.1 ETAPA 1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Por meio das reuniões mensais com a equipe de saúde, foram destacadas as principais fragilidades detectadas por todos os profissionais, sejam eles ACS, técnicos ou auxiliares de enfermagem, enfermeira, médica ou auxiliar de odontologia

e cirurgião-dentista. Em seguida, definiu-se por critérios, como governabilidade e urgência os temas mais importantes.

3.2 ETAPA 2 – INTERESSE DO TEMA

Através das análises subjetivas dos profissionais, foi acordado sobre o objeto de intervenção, a abordagem será aos pacientes portadores de diabetes e hipertensão na atenção básica, sobretudo por causar sérios impactos à saúde da comunidade.

3.3 ETAPA 3 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Foram organizadas as temáticas conforme maior frequência de indicações, estando hipertensão e diabetes em primeiro lugar, saúde mental em segundo e atividades físicas nas academias de saúde em terceiro. Considerou-se durante as reuniões que o primeiro e o segundo tema são de grande governabilidade, contudo o segundo é de média importância comparado com o primeiro. Por fim, mesmo sendo demanda da comunidade, o último também não é de grande importância em comparação com o primeiro, não havendo muita governabilidade.

3.4 ETAPA 4 – BASE TEÓRICA

Utilizar-se-á da revisão de literatura para o aprofundamento e discussão acerca dos aspectos mais importantes inerentes à temática.

3.5 ETAPA 5 – ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

Será desenvolvida em vários eixos, desde ações em âmbito domiciliar, familiar, ambulatorial, coletivo e teleatendimento. A parte majoritária estará ligada aos atendimentos ambulatoriais e teleatendimentos, em decorrência da pandemia, os casos de visitas domiciliar serão aos pacientes com grande dificuldade de locomoção.

3.6 ETAPA 6 – IMPLANTAÇÃO

Iniciar pelo novo modelo de acolhimento, pautado na humanização após treinamento da equipe pela própria médica e enfermeira. Em seguida, através das reuniões, deverá ser implantado um fluxo de atendimento de enfermagem e médico, reconhecendo também as demandas domiciliares além das ambulatoriais. A partir disso, deverá ser realizada a adequação da RAS, incluindo outras equipes nesse processo, como NASF e MACC.

3.7 ETAPA 6 – AVALIAÇÃO DO IMPACTO

A análise da efetividade das ações será mensurada através de relatórios no sistema da Secretaria Municipal de Saúde e ouvidoria do município.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de elaborar a execução das ações, fez-se necessário relembrar de aspectos importantes envolvidos no fazer saúde, em especial à atenção aos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes.

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA APS

Considerada uma doença de grande impacto nas populações, a hipertensão tem criado diversos problemas em variados níveis de atenção, como alto número de internações, maior tendência a Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), os quais podem gerar sequelas graves nos pacientes, entre outras complicações. Ademais,

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o Diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SESA, 2018).

Nesse sentido, a hipertensão arterial é uma doença caracterizada pelo excesso de pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos, principalmente nas artérias. A pressão considerada normal pode variar conforme a idade, mas em geral é definida por valores iguais ou menores a 120mmHg Sistólica e 80mmHg Diastólica enquanto que a pré-hipertensão varia de 121-130mmHg Sistólica e 81-89mmHg Diastólica. Ainda assim, a hipertensão é subdividida em três estágios de gravidade;

Tabela 1 – Hipertensão por estágio.

Estágio	Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Pressão Arterial Diastólica (PAD)
1	140-150	90-99
2	160-179	100-109
3	≥ 180	≥ 110

FONTE: SESA, 2018.

Por esse motivo, é imprescindível que os pacientes portadores da doença sejam rotineiramente acompanhados pela ESF, a fim de diagnosticar, monitorar e

garantir a longitudinalidade do cuidado, a Linha de Cuidados ao Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde (SESA, 2018) recomenda os seguintes exames: dosagem de Glicose, dosagem de ácido úrico, dosagem de creatinina, dosagem de colesterol total, dosagem de HDL- Colesterol, dosagem de triglicerídeos, dosagem de potássio, análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina e Eletrocardiograma.

A alimentação também constitui-se como fator determinante para a prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes hipertensos. Diversas vezes essa terapia não medicamentosa atua de forma complementar e previne outros agravos. Dessa análise, é imprescindível resgatar valores histórico-sociais que estimulem uma alimentação e nutrição adequadas. De acordo com o Guia alimentar para a população brasileira;

Padrões tradicionais de alimentação, desenvolvidos e transmitidos ao longo de gerações, são fontes essenciais de conhecimentos para a formulação de recomendações que visam promover a alimentação adequada e saudável. Esses padrões resultam do acúmulo de conhecimentos sobre as variedades de plantas e de animais que mais bem se adaptaram às condições do clima e do solo, sobre as técnicas de produção que se mostraram mais produtivas e sustentáveis e sobre as combinações de alimentos e preparações culinárias que bem atendiam à saúde e ao paladar humanos (BRASIL, 2014).

Sendo assim, compreende-se que a construção de uma atenção básica com vistas à qualidade de vida se faz mediante a participação de uma equipe interdisciplinar empenhada na proteção contra agravos de maneira humanizada e acolhedora, tanto para com o paciente quanto a seus familiares. Nessa perspectiva, no Caderno de Atenção Básica que aborda as Diretrizes do NASF, contribui;

O apoio para as ações de promoção da saúde, de promoção da alimentação saudável, estímulo ao aleitamento materno e alimentação complementar e prevenção de doenças exigem atividades de educação permanente que visem: a adequada abordagem das ações de promoção da saúde, de alimentação saudável, de prevenção de agravos e doenças relacionadas à alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional; orientação da organização dos trabalhos das equipes de SF para aplicação dos protocolos de prevenção e cuidado das doenças, distúrbios e agravos relacionados à alimentação e nutrição (anemia, desnutrição, excesso de peso, hipertensão arterial, diabetes, entre outras) e a identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e de segurança alimentar e nutricional da família (BRASIL, 2009).

4.2 DIABETES NA APS

A Diabetes Mellitus (DM) é uma DANT de alto impacto na saúde da população brasileira e mundial. Na América Latina, as expectativas não são favoráveis, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS);

Uma em cada doze pessoas – 62 milhões – vivem com diabetes nas Américas. O número triplicou desde 1980 e a doença é atualmente a quarta causa de morte na região, depois de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e demências. Se medidas não forem tomadas, estima-se que quase 110 milhões de pessoas terão diabetes até 2040 (OPAS, 2016).

A diabetes é uma doença crônica progressiva, apresenta como sintoma altos níveis de glicose no sangue. É fator decisivo para o desenvolvimento de complicações, como doenças cardiovasculares, retinopatia diabética, doença renal e neuropatia periférica com possibilidade de amputação, ações que objetivem o controle, prevenção e proteção da saúde podem reduzir amplamente os custos com serviços e procedimentos no SUS.

Os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais (R\$) (IC95%: 3,15 a 3,75) em 2018, ou seja, mais de 890 milhões de dólares (US\$). Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade e 56%, com mulheres. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão (IC95%: 0,98 a 1,87), ou seja, 41% dos custos totais. (Nilson, 2020).

Mesmo assim, no tocante à assistência ao paciente, o manejo da diabetes persiste encontrando diversas dificuldades, sobretudo ligadas a fatores socioeconômicos, compreendida também a singularidade individual e familiar.

A implementação da assistência deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim (BRASIL, 2013).

Ainda assim, no âmbito clínico, a diabetes é compreendida a partir de sintomas mais recorrentes, como poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso, polifagia, os valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos estão dispostos na tabela a seguir.

Tabela 2 – Glicemia por estágio.

Categoria	Glicemia Jejum	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia casual	Hemoglobina Glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	<126	≥200	200 (com sintomas clássicos)	>6,5%

FONTE: BRASIL, 2013.

Além do mais, a abordagem nutricional também se faz necessária, inclusive como um tratamento não farmacológico. Mesmo que a orientação nutricional não esteja restrita ao profissional nutricionista, a participação do mesmo é extremamente importante e recomendada. A ingestão constante de alimentos hipercalóricos, como massas e doces promove o agravamento da doença, inclusive levando a sinais e sintomas mais complexos que demandam de exames, procedimentos e serviços de maior complexidade. Haja vista essa necessidade de dialogar sobre os aspectos nutricionais, as recomendações dietéticas são fundamentais para a prevenção e manutenção da saúde.

O profissional, nas consultas de acompanhamento das pessoas com DM tipo 2, deverá sempre questionar sobre os hábitos alimentares, buscando possíveis inadequações ou dificuldades para seguir as orientações nutricionais... No caso do controle glicêmico estar insatisfatório, é necessária uma abordagem mais específica na alimentação, principalmente quanto à ingestão de carboidratos, e uma investigação mais rigorosa quanto aos horários, qualidade e quantidade das refeições relacionadas com os horários da medicação e/ou utilização de insulina (BRASIL, 2013).

Através de uma alimentação adequada, é possível prevenir e controlar a diabetes, bem como reduzir as possibilidades de desenvolvimento de outras doenças como cardíacas, hematológicas e a obesidade.

Na maioria dos países e, novamente, em particular naqueles economicamente emergentes como o Brasil, a frequência da obesidade e do diabetes vem aumentando rapidamente. De modo semelhante, evoluem outras doenças crônicas relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação, como a hipertensão (pressão alta), doenças do coração e certos tipos de câncer. Inicialmente apresentados como doenças de pessoas com idade mais avançada, muitos desses problemas atingem agora adultos jovens e mesmo adolescentes e crianças (BRASIL, 2014).

A evolução e desenvolvimento dos mecanismos técnicos e tecnológicos no Brasil, permite uma maior expectativa de vida, bem como o controle de agravos que antes eram vigentes e determinantes para o aumento da mortalidade precoce. Entretanto, com a mudança de panorama, novos paradigmas surgem. Conforme o Caderno de Atenção Básica que aborda as Diretrizes do NASF;

A transição epidemiológica caracterizada pelo processo de mudança nos padrões de morbimortalidade da população caracteriza-se pela substituição das doenças infectocontagiosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas, com maior adoecimento de extratos mais idosos da população e maior sobrevivência de pacientes doentes (caracterizando aumento na morbidade e redução na mortalidade), sendo que atualmente no Brasil observa-se redução das doenças infecciosas e parasitárias com aumento concomitante das DCNT, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, portanto, a presença de uma equipe interdisciplinar, assim como no manejo da hipertensão, torna-se estratégia preponderante para que seja alcançada uma resolutividade na APS. Ainda de acordo com as Diretrizes do NASF;

Em face do cenário exposto, no campo das políticas públicas, a resposta mais adequada parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes com a necessidade do perfil de saúde e nutrição da população. Além disso, é imperativa a inclusão, na agenda da saúde, de intervenções capazes de prevenir e evitar os agravos à saúde e os desfechos ocasionados pela transição nutricional (BRASIL, 2009)

4.3 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

O cuidado é um processo contínuo e complexo, dependente da construção de um vínculo entre paciente e equipe de saúde, nesse sentido, a humanização na assistência busca englobar outros autores responsáveis pelo cuidado, como a

própria família. Para que isso seja possível, é imprescindível que o paciente, apoiado pela equipe e família seja ativo no processo de transformação da sua saúde.

O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2013).

Ademais, a PNH, por meio da Rede Humaniza SUS, envolve os diversos atores do processo de fazer saúde no intuito de construir um ambiente propício para a discussão e também para a determinação de novas estratégias e abordagens que visem a implementação de novos programas e serviços dentro do SUS.

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2017).

Por outro lado, é notável, como até agora destacada, a participação de equipes multiprofissionais e interprofissionais, como NASF, CAPS e MACC. A lógica por trás de sua relevância é o olhar do ser humano em seu espectro biopsicossocial, compreendendo que a saúde não é a ausência de doenças, mas sim o conjunto de múltiplos fatores que levam a uma qualidade de vida. Segundo a PNH em sua primeira edição;

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, o indivíduo deve ser entendido como um ser humano, no qual o aspecto da doença é apenas um componente de sua história, a mesma formada por uma composição de conquistas, realizações, dificuldades, sofrimentos e sonhos. Resgatar esses valores promovem a humanização da assistência, a pessoa deve ser acolhida em todas as suas múltiplas composições.

A Rede HumanizaSUS abre espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da PNH (BRASIL, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conseguinte, os principais resultados desse trabalho, a curto prazo, destacam-se o acolhimento e maior vínculo com a comunidade, uso adequado das medicações e o trabalho em equipe em si. Por certo a humanização no atendimento é o principal caminho para a mudança de hábitos, o que impacta diretamente na qualidade de vida, ficamos felizes em observar que muitos pacientes além de terem se comprometido com o autocuidado, motivaram outros membros da comunidade a fazer o mesmo.

Quanto aos objetivos alcançados, destacam-se o trabalho em equipe e valorização de todas as áreas, serviço humanizado, relativa participação social e parcial autocuidado. Vale ressaltar que o atendimento longitudinal, é entendido como o cuidado em todas as etapas e fases da vida, por se tratar de um objetivo de longo prazo, não é possível afirmar grandes resultados no momento, assim como a estabilização e controle glicêmico e pressórico de alguns pacientes que demandam das estratégias em tempo mais estendidos.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Uma das principais dificuldades encontradas foi a participação popular, recomenda-se para futuros trabalhos a aplicação de questionários não somente para avaliar o conhecimento acerca da temática, como também auxiliar no processo de coleta de dados e diagnóstico situacional.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf> acesso 28 mar. 2021.

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf> acesso 27 mar. 2021.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> acesso 28 mar. 2021.

BRASIL. Guia Alimentar Para a População Brasileira. **Guia Alimentar Para a População Brasileira 2ª Edição**. Brasília, 2014. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf> acesso em 28 mar. 2021.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **O que é a Política Nacional de Humanização?**. Brasília, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_foelho.pdf> acesso 20 de dez. 2020.

BRASIL. Rede Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2017. Publicado em 01 dez. 2017. Disponível em <<https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>> acesso 20 de dez. 2020

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Hipertensão é a doença que mais mata no Brasil**. CONASEMS, 2019. Publicado em 21 de mai. 2019, disponível em <<https://www.conasems.org.br/hipertensao-e-a-doenca-que-mais-mata-no-brasil/>> acesso 20 de dez. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Município de Capanema – PR**. IBGE 2021, 2019 e 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/capanema.html>>acesso 20 dez. 2020

Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde**, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32. <<https://doi.org/10.26633/RPSP>>. Acesso em 26 de mar. 2021

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Número de pessoas com diabetes nas Américas triplicou desde 1980**. OPAS, 2016. Publicado em 6 abr. 2016, disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5053:num>

ero-de-pessoas-com-diabetes-nas-americas-triplicou-desde-1980&Itemid=839>
 acesso em 26 de mar. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. OPAS, 2020. Publicado 9 dez. 2020, disponível em < <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e#:~:text=Doen%C3%A7a%20card%C3%ADaca%20continua%20sendo%20a,mais%20pessoas%20do%20que%20nunca.>> acesso em 20 de dez. 2020.

PERES, Mario F. P. et al . A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia de hipertensão arterial**. Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/db5be589f90e.pdf>> acesso 21 fev. 2021.

SIGSS. Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde. **Secretaria Municipal de Saúde de Capanema**. Capanema, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021. Disponível em <<http://187.60.213.238:8088/sigss/login>> acesso 25 fev. 2021

SIM. Sistema de Informações sobre mortalidade. **Secretaria Municipal de Saúde de Capanema**. Capanema, 2021. Disponível em <<http://187.60.213.238:8088/sigss/login>> acesso 25 fev. 2021

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2008.