



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO-PRPG - UFRPE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL-COREMU
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA A SAÚDE
PÚBLICA – SUBÁREA: Saúde Coletiva**



ANNA BEATRIZ DE OLIVEIRA ESTEVAM

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INOVAÇÃO PEDAGÓGICA NA
IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA NO DISTRITO SANITÁRIO I EM RECIFE-PE**

RECIFE-PE

2026

ANNA BEATRIZ DE OLIVEIRA ESTEVAM

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INOVAÇÃO PEDAGÓGICA NA
IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA NO DISTRITO SANITÁRIO I EM RECIFE-PE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito para conclusão de **Residência em Saúde Animal Integrada a Saúde Pública** da **Universidade Federal Rural de Pernambuco** como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de **Especialista em Saúde Coletiva**.

Área de Concentração

Saúde Coletiva

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Betânia de Queiroz Rolim

RECIFE-PE

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecário(a): Auxiliadora Cunha – CRB-4 1134

E79e Estevam, Anna Beatriz de Oliveira.

Educação permanente em saúde e inovação pedagógica na implantação do modelo de atenção às condições crônicas na atenção básica: experiência no Distrito Sanitário I / Anna Beatriz de Oliveira Estevam. – Recife, 2026.

85 f.; il.

Orientador(a): Maria Betânia de Queiroz Rolim.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, Recife, BR-PE, 2026.

Inclui referências e apêndice(s).

1. Doenças crônicas não transmissíveis. 2. Cuidados -Administração. 3. Educação em Saúde -Tecnologias. 4. Atenção primária à saúde 5. *Trabalho Multiprofissional*. I. Rolim, Maria Betânia de Queiroz, orient. II. Título

CDD 636.089



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO-PRPG - UFRPE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL-COREMU
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA A SAÚDE
PÚBLICA – SUBÁREA: Saúde Coletiva**



Título: Educação permanente em saúde e inovação pedagógica na implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Básica: experiência no Distrito Sanitário I em Recife-PE.

Trabalho de Conclusão de Residência Elaborado Por:
ANNA BEATRIZ DE OLIVEIRA ESTEVAM

Aprovado em 24/02/2026.

Banca Examinadora

Médica Veterinária, Prof^a Dr^a Maria Betânia de Queiroz Rolim
UFRPE (Orientadora)

Médico Veterinário, Esp. Rafael Augusto Marques
Coordenador Setor de Zoonoses- SMS Recife-PE (Titular)

Enfermeira, Esp. Michelli Kassia Silva da Luz
Coordenadora Saúde Mental Distrito Sanitário I- SMS Recife-PE (Titular)

*Dedico este trabalho de conclusão de residência à minha mãe, Karla; e ao meu pai do
coração, José Roberto, por todo o apoio.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido tantas bênçãos e discernimento até que chegasse esse momento tão aguardado, e que guia meus passos em todos os dias da minha vida. Em especial agradeço por ter mudado o rumo da minha trajetória de forma tão linda e inesperada, fazendo com que depois de muitos percalços e dúvidas, sua vontade fosse realizada.

À minha família, expresso minha mais profunda gratidão por todo o incentivo, apoio e confiança ao longo dessa trajetória. Mesmo diante das maiores tribulações e desafios, estiveram sempre presentes, sustentando meus sonhos e fortalecendo minha caminhada com amor, paciência e encorajamento. Foi no seio familiar que aprendi o valor do estudo, da perseverança e da fé, elementos que me permitiram acreditar que sou capaz de construir e alcançar tudo aquilo que um dia idealizei.

Expresso especial gratidão à minha mãe, que mesmo em face da saudade por me ter longe de casa sempre foi minha maior apoiadora e meu combustível. Sinto-me honrada por lhe proporcionar mais esse orgulho. Ao meu pai do coração, que é para mim a expressão do amor que não se baseia em laços sanguíneos, obrigada por sempre estar me apoiando e acreditando que posso ser sempre mais do que imagino.

Aos meus amigos e colegas que tive a oportunidade de conhecer e construir laços ao longo da minha trajetória na Secretaria de Saúde do Recife, meu sincero agradecimento. Em especial, aos profissionais do Distrito Sanitário I, que me acolheram de forma generosa, compartilharam saberes, desafios e vivências do cotidiano do SUS, e contribuíram de maneira decisiva para minha formação pessoal e profissional.

Ao Programa de Residência, expresso minha gratidão por se constituir como um espaço potente de educação em serviço, reflexão crítica e transformação das práticas em saúde. A residência foi essencial para o amadurecimento profissional, para a ampliação do olhar sobre o cuidado e para a compreensão do papel do médico veterinário na consolidação do SUS.

À Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), agradeço pelo apoio institucional e pela educação crítica e a responsabilidade social. A UFRPE foi e seguirá sendo um espaço fundamental na minha trajetória, contribuindo para a construção de saberes que dialoguem com a realidade e com as necessidades da população.

*Verás um caminho difícil demais, verás tempestades que te assustarão,
Mas quando o sonho é de Deus ninguém destruirá, se Ele prometeu, também cumprirá.*

(Deixa Deus sonhar em ti – Frei Gilson)

RESUMO

O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica têm ampliado a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), impondo desafios à organização dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. Nesse contexto, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) apresenta-se como estratégia estruturante para a reorganização do cuidado, ao propor práticas baseadas na estratificação de risco, coordenação do cuidado e autocuidado apoiado. Este estudo consiste em um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvido no território do Distrito Sanitário I do município do Recife-PE, a partir da participação em oficinas de implantação do MACC e de reuniões de um Grupo de Trabalho técnico. Durante o processo de implantação, foram identificadas fragilidades conceituais entre os profissionais das Unidades de Saúde da Família, especialmente relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica, condição utilizada como eixo inicial do modelo. Como resposta a essa demanda, foi elaborado um produto pedagógico no formato de guia prático conceitual, com linguagem objetiva e de consulta rápida, incluindo conceitos-chave, fatores de risco e classificações CID e CIAP, visando apoiar a prática cotidiana e qualificar o registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão. A experiência evidenciou o potencial da educação permanente em saúde, da atuação multiprofissional e da inovação pedagógica como estratégias fundamentais para fortalecer a implantação do MACC, qualificar o cuidado às condições crônicas e consolidar os princípios da integralidade e da longitudinalidade no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Gestão do Cuidado; Tecnologias Educacionais em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Trabalho Multiprofissional.

ABSTRACT

Population aging and the epidemiological transition have intensified the prevalence of non-communicable chronic diseases, imposing significant challenges on health systems, particularly within Primary Health Care. In Brazil, this scenario requires the reorganization of care models capable of ensuring continuity, integrality, and coordination of care, as proposed by the Model of Care for Chronic Conditions (MACC). In this context, Permanent Health Education emerges as a strategic axis to support changes in professional practices and strengthen multiprofessional work processes. This study aims to report the experience of implementing an innovative pedagogical product designed to support the MACC within Primary Health Care services in Sanitary District I of Recife, Pernambuco. The experience highlights the use of educational technologies as tools to qualify care management, promote professional integration, and align health practices with the demands of chronic care. The results indicate that the pedagogical intervention contributed to strengthening multiprofessional work, improving care organization, and fostering critical reflection on work processes, reinforcing the relevance of educational innovations in the consolidation of care models focused on chronic conditions.

Keywords: Noncommunicable Chronic Diseases; Care Management; Educational Technologies in Health; Primary Health Care; Multiprofessional Work.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Figura 1 -	Atividades Realizadas Durante O Período De Disciplinas Teóricas	18
Figura 2 -	Divisão dos Distritos Sanitários do Recife	20
Figura 3-	Busca Ativa de Casos de Atendimento Antirrábico Humano	22
Figura 4-	Investigação de Caso Suspeito de Sarampo	23
Figura 5-	Exposições Dialogadas com os Acadêmicos de Medicina	24
Figura 6-	Audiência no Ministério Público de Pernambuco com a VISA ...	26
Figura 7-	Formações Ministradas aos Inspectores Sanitários do DSI	27
Figura 8-	Dia Mundial de Combate à Raiva Animal 2024	28
Figura 9-	Colocação de Mechas em Canais e Áreas Fluviais	29
Figura 10-	Ações de Educação em Saúde com as Gestantes do DSI	31
Figura 11-	Investigação Hospitalar de Prontuários	34
Figura 12-	Oficina de Testagem IST's	36
Figura 13-	Investigação de Óbitos por Causas Externas no IML	40
Figura 14-	Vacinação Antirrábica em Animais de Pessoas em Situação de Acumulação	42
Figura 15-	Atendimento a Denúncia Relacionada a Moluscos	43
Figura 16-	Campanha de Vacinação Antirrábica 2025	44
Figura 17-	Capacitação para os ASACE's sobre o Timbu	45
Figura 18-	Apresentação dos Resultados do Projeto de Educação em Saúde à GEVACZ	46
Figura 19-	Relatoria nas Etapas Microrregionais e Distrital	48
Figura 20-	Participação na Conferência Municipal de Saúde	49

CAPÍTULO II

Figura 1-	Evolução da Pirâmide Etária no Brasil 1980-2022	53
Figura 2-	Pirâmide de Riscos	60
Figura 3-	Determinantes sociais estratificados	61
Figura 4-	Condições crônicas, estratificação da população segundo riscos e recomendações para cada estrato de risco	62

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO I

Tabela 1 -	Componente Curricular Teórico do Programa de Residência	17
Tabela 2-	Estabelecimentos Visitados Durante a Vivência na VISA	25
Tabela 3-	Distribuição dos Casos Discutidos nas Reuniões de Óbito	38

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Combate de Endemias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFMV	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
COMPAT	Comitê Municipal de Prevenção de Acidentes de Trânsito
CTTU	Companhia de Trânsito e Transporte Urbano do Recife
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DO	Declaração de Óbito
DTHA	Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde
EMPREL	Empresa Municipal de Informática
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GEVACZ	Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses
GT	Grupos de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IML	Instituto de Medicina Legal
ISD	Índice Sociodemográfico
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i>
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde

PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNH	Política Nacional de Humanização
SESAU	Secretaria de Saúde do Recife
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
VA	Vigilância Ambiental
VE	Vigilância Epidemiológica
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
---	-------------

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1	INTRODUÇÃO	16
2	COMPONENTE CURRICULAR TEÓRICO OBRIGATÓRIO.....	17
3	CAMPO DE ATUAÇÃO PRÁTICA	19
3.1	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	20
3.2	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	24
3.3	VIGILÂNCIA AMBIENTAL	27
3.4	E-MULTI	30
3.5	SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEVS)	32
3.5.1	SETOR DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	32
3.5.2	SETOR DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS	35
3.5.3	DIVISÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	37
3.5.4	SETOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE ...	39
3.6	GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE ZOONOSES (GEVACZ)	41
4	PRINCIPAIS PRODUTOS	44
4.1	PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL: PREVENÇÃO DE ZOONOSES URBANAS ATRAVÉS DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O <i>DIDELPHIS ALBIVENTRIS</i> (TIMBÚ)	44
5	PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

CAPÍTULO II

1	INTRODUÇÃO	51
2	REVISÃO DE LITERATURA	52
2.1	Transição Demográfica e Epidemiológica	52

2.2	A Presença de Multimorbidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis na População	54
2.3	Polifarmácias e a Automedicação	55
2.4	Atenção Primária à Saúde e as Condições Crônicas	56
2.5	Vigilância das Condições Crônicas	59
2.6	Bases do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	59
3	RELATO DE EXPERIÊNCIA	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
5	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE - Guia Prático Conceitual: Fatores de Risco Para Hipertensão Arterial Sistêmica	75

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Residência em Área Profissional de Saúde foi instituído e regularizado pela Portaria Interministerial do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde nº 1.077/2009, constituindo uma modalidade de pós-graduação *Lato Sensu* como forma de especialização em ensino e serviço. De modo complementar, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995 de 28 de novembro de 2025 instituiu a Política Nacional de Residências em Saúde, visando contemplar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as necessidades, prioridades e políticas de saúde para fortalecimento do sistema.

As residências em saúde trazem oportunidades de aperfeiçoamento profissional e especialização, com imersão na prática cotidiana dos serviços de saúde. Para o residente, colaborar e participar ativamente da rotina atrela uma experiência profissional única, onde há a possibilidade de se reconhecer na área de formação dentro do universo complexo do SUS. Como a carga horária é majoritariamente prática, vivencia-se diferentes campos de atuação, considerando os de menor e maior complexidade

A inserção do médico veterinário no SUS gera um impacto significativo e crescente no fortalecimento da saúde única, exigindo que ele demonstre seu papel dentro do sistema de saúde e a relação inseparável entre saúde humana, animal e ambiental. O profissional deve se perceber como sanitarista em formação, com atuação que vai além do manejo de agravos zoonóticos, considerando a aplicação de conhecimentos e técnicas focadas nos princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade.

As atividades descritas a seguir foram realizadas ao longo de 24 meses da Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública: Saúde Coletiva da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), compreendendo o período de março de 2024 a fevereiro de 2026, com atuação nos serviços de saúde do município de Recife-PE, Distrito Sanitário I. A vivência ocorreu nas áreas de Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

Adicionalmente, foram realizadas ações de Educação em Saúde, planejamento, gestão, assistência e extensão. Para isso, as interações entre diferentes profissionais foram essenciais, pois a união de conhecimentos de várias áreas ajudou a oferecer um cuidado completo ao usuário e a enfrentar desafios, gerando resultados concretos na comunidade.

Neste contexto, no Capítulo 1 objetivou-se descrever as atividades realizadas durante a Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública: Saúde Coletiva da UFRPE, tendo como área de concentração a Saúde Coletiva.

2 COMPONENTE CURRICULAR TEÓRICO OBRIGATÓRIO

O Programa de Saúde Animal Integrada à Saúde Pública: Saúde Coletiva da UFRPE possui carga horária total de 5.760 horas, das quais 525 horas são destinadas às disciplinas teóricas obrigatórias, voltadas ao fortalecimento da formação técnico-científica e profissional.

Foram cursadas as disciplinas de caráter curricular obrigatório durante os primeiros dois meses do programa de residência (março a abril de 2024), nas dependências do Departamento de Medicina Veterinária da UFRPE (Tabela 1). Tais disciplinas tiveram como objetivo o embasamento teórico necessário para o adequado desempenho das atividades práticas a serem desenvolvidas nos 24 meses do programa.

Tabela 1. Componente Curricular Teórico do Programa de Residência.

Disciplina	Período de Realização	Carga Horária
Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária	04 a 08/03/2024	60h
Metodologia Científica	11 a 15/03/2024	60h
Bioestatística	18 a 22/03/2024	60h
Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva	25 a 28/03/2024	60h
Políticas Públicas de Saúde	01/ a 05/04/2024	60h
Integração Ensino-Serviço	08 a 12/04/2024	60h
Vivências em Vigilância e Atenção Primária à Saúde	Realizada durante o ano de 2024	75h
Vivências na Rede de Atenção à saúde	Realizada durante o ano de 2025	90h

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025.

Além disso, durante esse período foi possível a realização de integração e trocas de saberes com egressos do programa, bem como com profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estes momentos essenciais para preparação profissional relacionados aos desafios e potencialidades encontrados pelo médico veterinário atuante na saúde coletiva.

Conforme estabelecido, o cumprimento integral da carga horária foi pré-requisito para aprovação, bem como exposições dialogadas, atividades, seminários e visitas técnicas solicitados pelos docentes que foram realizadas tanto de forma escrita como em explanações presenciais (Figura 1).

Figura 1. Atividades Realizadas Durante o Período De Disciplinas Teóricas.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

Se tratando das disciplinas “Vivências em Vigilância e Atenção Primária à Saúde” e “Vivências na Rede de Atenção à Saúde”, ambas não fazem parte do componente curricular comum de todas as áreas, sendo cursadas ao longo dos 24 meses do programa exclusivamente pela turma de saúde coletiva.

As atividades das disciplinas consistiram em componentes teóricos entre 15 a 30 de abril de 2024 e componentes teórico-práticos distribuídos ao longo dos meses subsequentes. Os componentes teórico-práticos foram realizados com metodologia ativa com frequência bimestral, nas quais eram apresentadas as vivências nos setores no período delimitado, sendo convidados para participação e contribuição nas discussões os preceptores e tutores.

Durante esse período foi possível desenvolver competências específicas necessárias para a atuação prática nos serviços de saúde, além de proporcionar uma visão ampliada do papel do programa de pós-graduação na formação do médico veterinário residente.

3 CAMPO DE ATUAÇÃO PRÁTICA

O município do Recife é a capital do Estado de Pernambuco, possuindo uma população de 1.488.920 pessoas, segundo o censo do IBGE (2022). Geograficamente é composto por 94 bairros e 6 regiões Político-Administrativas (Prefeitura do Recife, 2025), sendo também dividido em oito distritos sanitários, por sua territorialização e baseando-se nessas características para gestão dos serviços de saúde (Figura 2).

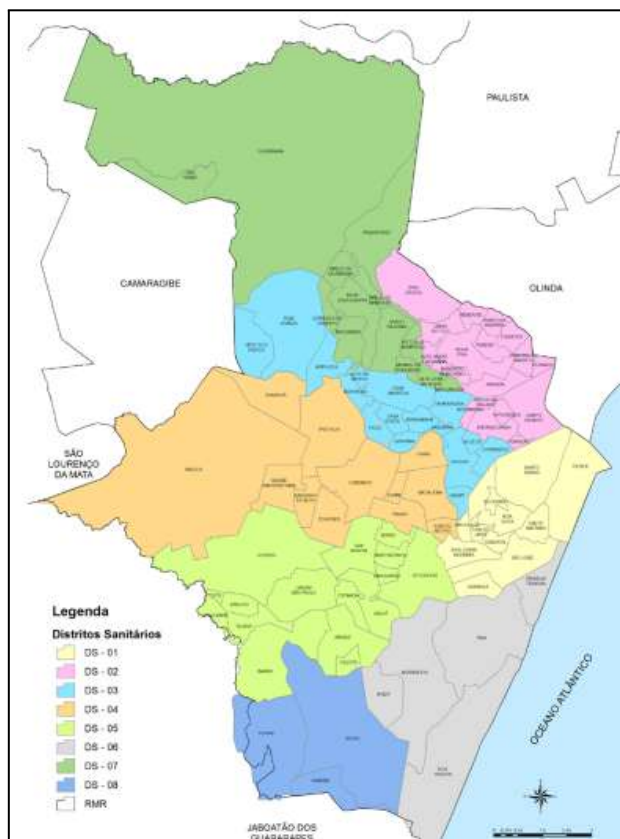
No território municipal estão concentradas diversas estruturas estaduais, federais e filantrópicas, sendo consideradas como linhas de cuidado prioritárias na gestão do estadual de saúde (Prefeitura do Recife, 2018).

O campo prático de atuação foi realizado a partir de maio de 2024 na Secretaria de Saúde do Recife (SESAU), utilizando-se como campo de aprendizagem os equipamentos de saúde do município. As atividades foram desenvolvidas tanto a nível central da SESAU, que compreende as atividades relacionadas aos oito distritos sanitários, quanto à nível do Distrito Sanitário I (DSI).

Em relação ao DSI, este engloba o Bairro do Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra. Sua sede está localizada na Rua Mário Domingues, 70, no bairro da Boa Vista.

As atividades executadas no nível central se concentraram na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), localizada na Rua Visconde de Suassuna, 658, no bairro de Santo Amaro; e na Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses (GEVACZ), localizada na Rua Antônio da Costa Azevedo, 1135, Peixinhos, Recife-PE.

Figura 2. Divisão dos Distritos Sanitários do Recife.



Fonte: Prefeitura do Recife, 2018.

3.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As atividades executadas no setor de vigilância epidemiológica (VE) foram realizadas nas dependências do DSI, no período de 02 de maio a 19 de julho de 2024. A equipe, durante o período citado, era composta por 1 nutricionista, 1 sanitarista, 2 médicas, 1 técnica em enfermagem, 1 agente de saúde ambiental e controle de endemias e 1 digitador.

Dentre as atividades desenvolvidas destacaram-se a rotina do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação); discussões de óbitos infantis; vigilância e busca ativa de casos notificados de atendimento antirrábico humano; investigação de surtos de DTHA (Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar); reuniões técnicas; notificação ao conselho

tutelar de casos de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes, e investigações e acompanhamento de coletas para pacientes notificados como suspeitos de agravos de notificação compulsória como coqueluche, sarampo, arboviroses e leptospirose.

Em relação a rotina do SINAN a vivência constituía-se no entendimento e atuação na rotina do fluxo de notificações e digitação de fichas no sistema DATASUS, bem como explicações e discussões a respeito da importância da notificação oportuna, preenchimento correto das informações do paciente, tanto pelo notificador quanto pela vigilância, ferramentas de sigilo e confidencialidade de dados, e particularidades do sistema que garantem que a informação seja registrada de forma mais fidedigna possível, baseando ações de gestão por meio de dados concretos.

As discussões de óbitos infantis consistiram em reuniões com objetivo de compreender e avaliar a condução de usuários dentro do sistema de saúde, bem como quais elementos e situações culminaram com o óbito. Para tal eram convidados profissionais da Atenção Primária à Saúde da área de cobertura e que tinham vínculo com o usuário, representantes da coordenação da vigilância e atenção básica do distrito sanitário e do nível central, profissionais de estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade nos quais o usuário fez uso, residentes e estudantes.

O contexto das reuniões tornava-se muito rico ao residente, pois múltiplos pontos da atenção à saúde eram analisados, levantando-se questionamentos a respeito de fatores determinantes ao óbito com potencialidade de ajustes, para que não viessem a acontecer outros desfechos trágicos. Tinha caráter educativo.

Foi possível auxiliar na investigação e construção do resumo dos casos, discussões e consolidações, entendendo como as vulnerabilidades sociais e fragilidades do sistema de saúde influenciaram em desfechos trágicos, e o papel da integração entre vigilância e assistência na tentativa de mitigar as barreiras enfrentadas.

Foram realizadas também atividades de busca ativa dos casos de atendimento antirrábico humano, que constituiu grande parte do trabalho desenvolvido no período de vivência pela falta de um técnico no setor que fosse referência na área de zoonoses. As buscas consistiram na análise de planilhas com informações de contato telefônico dos pacientes. Em

seguida, tentava-se contato com o usuário por whatsapp para obter informações sobre a situação de observação do animal agressor ou avaliação de completude de esquema vacinal.

Na impossibilidade de resposta do usuário realizava-se busca ativa no endereço, coletando-se o mesmo tipo de informações para encerramento dos casos no SINAN (Figura 3).

Figura 3: Busca Ativa de Casos de Atendimento Antirrábico Humano.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

As investigações de surtos de DTHA (Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar) eram sempre realizadas em conjunto com as vigilâncias sanitária e ambiental, tendo cada uma sua função especificada. Na VE eram realizados contato com as pessoas expostas e realizado preenchimento de formulários, que permitiam avaliar quais alimentos consumidos teriam maior potencial de ter sido a causa principal do surto, era também oferecida a coleta de material por swab retal (com baixa adesão por parte dos expostos).

Houve a participação em reuniões técnicas e formações profissionais, nas quais eram discutidos assuntos pertinentes à realidade local de saúde do DSI e do município. Após elas, na maioria das vezes, mudanças no processo de trabalho costumavam ser implantadas e posteriormente avaliadas quanto a sua efetividade e possíveis reformulações.

A notificação ao conselho tutelar de casos de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes era realizada mensalmente. Avaliava-se planilhas com dados do paciente e repassava as informações para fichas específicas, sendo levadas presencialmente ao conselho tutelar para devidas providências e acompanhamentos necessários.

Foi possível realizar investigações, conforme prerrogativas do Ministério da Saúde, de pacientes suspeitos de agravos de notificação compulsória como coqueluche, sarampo e leptospirose. Nesses casos, realizava-se a investigação por telefone da situação e histórico do paciente, quando os mesmos estavam em internamento hospitalar. Em alguns casos ocorria a busca ativa domiciliar e coleta de material biológico para análise, sendo possível por meio dessas abordagens a conclusão do caso (Figura 4).

Figura 4: Investigação de Caso Suspeito de Sarampo.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

No caso específico das arboviroses, as notificações recebidas eram inseridas em planilhas separadas por unidades de saúde de cobertura do usuário. Por meio delas, as unidades de saúde poderiam realizar coletas para sorologia em até 60 dias a partir da data dos primeiros sintomas; alimentavam planilhas com os resultados e encerravam os casos como confirmado ou descartado, com base nos critérios laboratoriais ou clínico-epidemiológicos.

Durante a vivência realizou-se a entrega de boletins epidemiológicos de tuberculose e hanseníase para as unidades de saúde. Através deles era avaliado o acompanhamento dos

usuários ao longo do tratamento com base nos dados do SINAN, sendo realizadas as críticas das informações não preenchidas para ajustar falhas no acompanhamento do paciente, assim como a avaliação da adesão ao tratamento. Esses boletins eram entregues em mãos aos gerentes das unidades de saúde da família do território, com prazo de devolução de 15 dias e após isso a VE alimentava o SINAN.

A VE recebia mensalmente estudantes de medicina. Esses acadêmicos acompanharam as atividades por um mês como parte da sua formação e entendimento do funcionamento da VE e sistemas de notificação. Em todo o período de permanência no DSI (não somente durante vivência na VE) foi possível realizar exposições dialogadas para esses graduandos, relacionadas aos agravos leishmaniose, esporotricose e raiva. Essas exposições possibilitaram grande aprendizado para os envolvidos, pois fortaleceram o elo preconizado pela saúde única entre humanos, animais e meio ambiente (Figura 5).

Figura 5: Exposições Dialogadas com os Acadêmicos de Medicina.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

3.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As atividades executadas no setor de vigilância sanitária (VISA) foram realizadas nas dependências do DSI, no período de 22 de julho a 30 de setembro de 2024. A equipe de inspetores sanitários, durante o período citado, era composta por 3 médicos veterinários, 1 sanitarista, 2 nutricionistas, 1 técnico em saneamento, 1 químico, 1 técnico em vigilância sanitária, 2 biólogos, 2 farmacêuticos, 1 cirurgiã-dentista, 2 enfermeiras e 1 enfermeira

sanitarista, sendo essa a coordenadora do setor. Além desses, também compõe a equipe um agente administrativo.

A equipe era dividida de acordo com o tipo de serviço de interesse à saúde que demandava inspeção, sendo serviços de saúde; serviços de alimentos; funerárias; óticas; salões de beleza; academias; hotéis e motéis; mercados públicos; cosméticos e saneantes; escolas e creches; drogarias e clínicas de imagem, oftalmologia e oncologia; serviços veterinários; consultórios odontológicos e de próteses dentárias; postos de coleta e estúdios de tatuagem.

Durante a realização das atividades foi possível acompanhar os profissionais em suas inspeções nos estabelecimentos e auxiliar na realização das mesmas. Nas atividades foi possível entender as aplicações práticas dos mais diversos termos de notificação utilizados na rotina, termos de interdição e procedimentos de interdição de estabelecimentos e termos de inutilização ou apreensão (Tabela 2).

Tabela 2: Estabelecimentos Visitados Durante a Vivência na VISA

Tipo de Estabelecimento	Quantidade de Estabelecimentos Visitados
Alimentos	81
Serviços de Saúde	71
Drogarias	13
Comércio de Cosméticos	5
Creches	2
Casas de Apoio	2
Mercados Públicos	1
Farmácia Veterinária	1
Total	176

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025.

Além disso, após as inspeções eram realizadas exposições dialogadas sobre cada tipo de estabelecimento e sobre a documentação e exigências para o licenciamento sanitário, sendo exposto o sistema de informação utilizado pela VISA, no qual é preconizado que o processo seja finalizado em 120 dias, podendo ter desdobramento de deferido, e consequentemente liberada a licença sanitária ou indeferido, situação que o contribuinte deve reiniciar o processo.

A vivência permitiu, também, a participação de audiência no Ministério Público de Pernambuco, onde foi possível acompanhar os desdobramentos legais que recaem sobre o contribuinte quando as abordagens convencionais não são o suficiente. A experiência também contribuiu para melhor entendimento do papel do responsável técnico e como é importante a sua participação ativa nos estabelecimentos que dão suporte (Figura 6).

Figura 6: Audiência no Ministério Público de Pernambuco com a VISA.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

Foi solicitado pela coordenação do setor, como produto, que fosse realizada uma explanação expositiva sobre as legislações sanitárias vigentes para estabelecimentos veterinários. Após busca na literatura foi constatada a escassez de legislações específicas,

percebendo-se que em muitas situações eram utilizadas aquelas relacionadas aos estabelecimentos humanos, surgindo questionamentos por parte da equipe sobre a jurisprudência de sua atuação ao utilizar normativas do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV).

Com base nos levantamentos bibliográficos e dificuldades identificadas a coordenação agendou uma formação onde ministrou-se em dois turnos, para contemplar a totalidade dos inspetores sanitários, os principais aspectos que a vigilância sanitária deveria observar ao inspecionar esses tipos de estabelecimentos no território do DSI (Figura 7).

Figura 7: Formações Ministradas aos Inspetores Sanitários do DSI.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

3.3 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

As atividades executadas no setor de vigilância ambiental (VA) foram realizadas nas dependências do DSI, no período de 01 de outubro a 30 de dezembro de 2024. A equipe, durante o período citado, era composta por 1 coordenador distrital de vigilância ambiental, 4 supervisores (geral, da Vigiágua, da educação em saúde e do monitoramento), 1 bióloga, 2 Agentes de Saúde Ambiental e Combate de Endemias (ASACE) de apoio e 57 ASACES de campo.

As atividades no setor começaram com a participação na ação de vacinação antirrábica do dia mundial da raiva animal, realizada na Praça Oswaldo Cruz, em que houveram atividades de educação em saúde e vacinação animal. Por meio dessa ação foi possível

conversar com as pessoas sobre as zoonoses e seus cuidados, gerando conhecimento importante sobre educação popular em saúde (Figura 8).

Figura 8: Dia Mundial de Combate à Raiva Animal 2024.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

Durante o período de vivência foi possível também acompanhar as atividades relacionadas ao combate do *Aedes aegypti* que consistiram no monitoramento das ovitrampas, atendimento a denúncias, Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), além de ações de combate a insetos e roedores.

O LIRAA é uma ferramenta do Ministério da Saúde (MS) que consiste em um levantamento amostral realizado bimestralmente para coleta de larvas do mosquito para análise, sendo possível classificar o risco de infestação de cada área. Foi possível, então, acompanhar as coletas, bem como as ações de monitoramento para que a meta de coletas fosse alcançada.

Em relação às ovitrampas, são armadilhas de oviposição que atraem as fêmeas para colocação de ovos em paletas de madeira inseridas em um recipiente com água: tinha o objetivo de avaliar a quantidade de ovos depositados por região, sendo uma estratégia do MS. Foi possível acompanhar a inserção e a coleta das paletas, quinzenalmente, e entender a lógica de escolha dos pontos de eleitos para instalação das armadilhas.

O atendimento a denúncias concentrou-se naquelas relacionadas ao mosquito, em que pessoas próximas a locais de potencial propagação acionaram a vigilância para avaliar e eliminar focos. Em alguns casos, além de ações contra o mosquito eram necessárias eliminação de insetos e roedores.

Quanto aos insetos e roedores, uma maior quantidade de ações foram acompanhadas, pois com a proximidade do período de festas, os polos natalinos necessitaram de intervenções pontuais para garantir a segurança do público esperado.

Adicionalmente, com o início das férias escolares, as mesmas intervenções foram realizadas em escolas municipais do território.

Houveram também inspeções de pontos estratégicos, em locais com facilidade de acúmulo de água, como construções e terrenos baldios, sendo essas inspeções realizadas quinzenalmente.

Foi possível auxiliar no planejamento estratégico para 2025, definindo metas e locais do território que necessitariam de mais atenção no ano seguinte, criando planilhas de monitoramento com datas pré-definidas para as ações, os responsáveis e o resultado esperado.

Uma outra rotina vivenciada foi a do Vigiágua, dividindo-se em dois momentos. No primeiro, o motivo da intervenção foi a investigação de um surto de DTHA, em que se realizou coleta em torneiras de água antes da reservação e levadas as amostras para o laboratório municipal para análise, tendo sido realizado teste de nível de cloro a campo. O segundo momento consistiu na colocação de mechas em canais e áreas fluviais: a técnica consiste na colocação de gases presas a um fio de nylon que são submersas nos pontos desejados e retirados três dias depois, para análise da presença do *Vibrio cholerae* (Figura 9).

Figura 9: Colocação de Mechas em Canais e Áreas Fluviais.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

Incluído na VA está o Núcleo de Educação em Saúde. Nele são realizadas ações diversas com o intuito de esclarecer a população sobre vários temas, utilizando elementos como maquetes, fantasias e principalmente os Álbuns Seriados. Por meio dos álbuns era possível realizar explicações para a população com recursos visuais de fotos ilustrativas e potencializar a educação em saúde em ambientes como mercados públicos, onde não seria possível a projeção de material digital.

Essa ferramenta foi usada em diferentes contextos como salas de espera, ações integradas com o controle vetorial, locais de grande circulação de pessoas (mercados públicos e ocupações), e integração com a atenção básica em ações de prevenção. Sendo também uma ferramenta de integração com a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT).

Grande parte da prática realizada concentrou-se na campanha de vacinação antirrábica, em que foi possível acompanhar toda a preparação para o “Dia D” 2024, bem como as ações de pré e pós-campanha em que eram realizados em postos de vacinação fixos e a ida aos domicílios de pessoas em situação de acumulação de animais para promoção da vacinação.

Foi exercida a responsabilidade pela captação e supervisão dos estudantes de medicina veterinária que atuaram como voluntários. Para tal realizaram-se parcerias com as universidades particulares e públicas para que disponibilizassem o formulário de inscrição aos seus alunos. Com essa captação dos acadêmicos, houve a distribuição dos mesmos nos postos em escala prévia. No “Dia D” foi necessário supervisionar e dar suporte técnico para os alunos na execução de suas atividades.

3.4 E-MULTI

As atividades na Atenção Básica na política eMulti foram desenvolvidas em dois momentos nas dependências do DSI, sendo o primeiro de 01 de fevereiro a 31 de maio de 2025, e o segundo de 01 de novembro de 2025 a 28 de fevereiro de 2026.

A vivência foi centrada prioritariamente na gestão da política, em que houve a participação em reuniões técnicas e auxílio nas atividades gestoras. Além disso, foi possível acompanhar a rotina e ações de outras políticas públicas de saúde na atenção básica quando pertinente.

O DSI possui duas equipes multiprofissionais (1.1 e 1.2), em que cada uma delas forneceu cobertura a nove equipes de saúde da família (eSF) do território, tendo caráter complementar, segundo portaria do MS. Cada equipe é composta por 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga, 1 fonoaudióloga, 1 farmacêutico, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta.

Foi também possível atuar junto às equipes, participando das reuniões semanais de alinhamento sendo 8 com a 1.1 e 7 com a 1.2. Durante essas reuniões foi explanada a proposta de intervenção no território, que consistiu em um outro produto com ações de educação em saúde às gestantes do território, abordando a temática da toxoplasmose gestacional.

A intervenção foi realizada utilizando-se metodologia lúdica, por meio de um jogo de autoria própria. A dinâmica consistiu nas gestantes jogarem um dado e que cada número correspondia a uma informação presente no tabuleiro. Com isso, as informações eram compartilhadas de forma interativa e lúdica. Os espaços utilizados foram diversos, incluindo salas de espera e grupos de gestantes, e foram pactuados com as equipes multi, que por meio das reuniões com as eSF agendaram as datas e espaços das ações (Figura 10).

Figura 10: Ações de Educação em Saúde com as Gestantes do DSI.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Paralelamente, foi desenvolvida parceria com a VA do DS que forneceu Hipoclorito de Sódio 2,5% para ser distribuído às gestantes, além de cartilhas padrão do MS explicando o uso.

Ainda nessa temática, pactuou-se com a VE a supervisão para realização de trabalho com os estudantes de medicina, para a criação e adaptação de materiais técnicos sobre a doença que incluía formas de transmissão, orientações para preenchimento de fichas do SINAN e fluxos de diagnóstico e tratamento (tanto para toxoplasmose gestacional quanto para congênita). Ao término do período de um mês houve a apresentação do material por parte dos estudantes.

Além disso, a atuação junto às equipes se deu por meio de visitas a casos de pessoas em situação de acumulação. Essas visitas domiciliares foram também compartilhadas com a VA, Agentes Comunitários de Saúde e médicos. Foi então possível ter uma visão ampliada do trabalho multiprofissional na Atenção Básica e sua interdependência.

Durante o período de vivência estava sendo implantado, no município, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Houve participação ativa nas oficinas de formação, grupo técnico no DSI, atividades de dispersão com as eSF e produção de material de apoio (sendo esse melhor detalhado no capítulo II do presente trabalho). Essa participação repercutiu em grande aprendizado relacionado às mudanças que ocorreram no processo de trabalho, conforme as dinâmicas das características demográficas da população aconteciam.

3.5. SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEVS)

As atividades na SEVS foram desenvolvidas entre os meses de junho a setembro de 2025 na Gerência de Vigilância Epidemiológica, divididas em vivências nos quatro setores que compunham a VE do Recife a nível central.

3.5.1 SETOR DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As atividades executadas no setor de doenças e agravos não transmissíveis foram realizadas nas dependências da SEVS no período de 02 a 30 de junho de 2025. A equipe, durante o período citado, era composta por 1 coordenadora e 16 servidores com múltiplas formações.

O setor apresentava uma característica forte de atuação intersetorial, pois grande parte do seu escopo de trabalho possui alto caráter transversal. Destacava-se, como um forte exemplo dessa necessidade, o Comitê Municipal de Prevenção de Acidentes de Trânsito (COMPAT) que reuniu agentes de trânsito do município e polícia rodoviária federal, além de profissionais do SAMU, da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, e representantes da Companhia de Trânsito e Transporte Urbano do Recife (CTTU).

No COMPAT foram realizadas reuniões para discutir sinistros de trânsito com vítimas fatais ocorridos em Recife, e por meio das conclusões sobre os fatores que contribuíram para o desfecho (condição da via, excesso de velocidade, falta de sinalização, imprudência, álcool, etc.) foram geradas recomendações para os órgãos competentes.

Nesse sentido, a I Regional de Saúde de Pernambuco solicitou uma reunião para implantação do modelo do COMPAT de Recife em outros municípios. Por meio desta reunião, foi solicitado para mim, juntamente com a técnica responsável, a elaboração do material visual e dinâmicas para serem usadas na formação.

O produto deixado no setor relacionava-se diretamente com a temática, se tratando de um boletim epidemiológico dos sinistros de trânsito (fatais ou não) envolvendo motocicletas no Recife, entre os meses de janeiro a abril de 2025. Esse produto foi apresentado à equipe como finalização das atividades no setor.

Outra temática bastante presente no setor foi a violência interpessoal e autoprovocada. Houveram exposições dialogadas sobre o tema, abordando os fluxos das notificações para conhecimento e tomada de providências pelos distritos sanitários, conceitos e forma adequada do preenchimento da notificação por parte dos profissionais de saúde.

Um fato presente na realidade do agravo era o medo que muitos profissionais sentiam em notificar os casos que surgiam em sua rotina, muitas vezes por medo de perseguições e ameaças. Nesse sentido, foi possível participar de formações com profissionais visando qualificação no preenchimento e estímulo na realização efetiva da notificação, sendo realizadas com profissionais do Projeto Mãe Coruja, que acolhem e prestam assistência a gestantes em vulnerabilidade social, e com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressalta-se que essa experiência foi enriquecedora para entendimento da realidade social dos participantes.

Ainda, sobre a temática das violências interpessoais e autoprovocadas, ocorreram exposições dialogadas sobre o processo de notificação das intoxicações exógenas. Sendo agravos com fichas de notificações distintas, a equipe realizava qualificação e triagem para identificação das tentativas de suicídio, para resgatar e complementar informações.

Houveram ainda reuniões juntamente com a coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), para articular uma formação voltada aos profissionais da rede de média complexidade do município. O intuito principal era que houvesse a qualificação das notificações, mas também o entendimento dos riscos ocupacionais a que esses profissionais estão expostos.

Realizou-se no setor o Registro de Câncer em Base Populacional, conforme normatização do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram promovidas exposições dialogadas sobre os passos de investigação e coleta dos registros, bem como a qualificação dos prontuários. A parte prática consistiu na investigação hospitalar dos prontuários, em que era preenchida a ficha de investigação com as informações coletadas e que posteriormente seria inserida no sistema (Figura 11).

Figura 11: Investigação Hospitalar de Prontuários.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Adicionalmente, houveram leituras de materiais e exposições dialogadas, que contemplavam, além do que já foi exposto, as doenças crônicas não transmissíveis, ferramentas de tabulação de dados e indicadores do setor.

Houve também a participação no Fórum Tabagismo/Cigarro Eletrônico, em que o chefe do setor apresentou a palestra intitulada “O Papel da Vigilância em Saúde do Recife na prevenção e fiscalização dos dispositivos eletrônicos para fumar”.

3.5.2 SETOR DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

As atividades executadas no setor de IST/AIDS e Hepatites virais foram realizadas nas dependências da SEVS, no período de 01 a 30 de julho de 2025. A equipe, durante o período citado, era composta por 1 coordenador, 4 enfermeiros e 1 sanitarista.

A vivência foi dividida em atividades com os responsáveis pelos agravos. Inicialmente houve a compreensão por meio de materiais do MS sobre o HIV e as ações em torno das crianças expostas ao vírus, visando erradicar a transmissão vertical.

Quanto a isso, foi solicitado que fosse realizada uma busca nos bancos de dados oficiais de informações sobre as crianças nascidas no município com mães HIV positivas, para resgatar dados de exames de carga viral (para os menores de 18 meses) ou teste rápido (para os maiores de 18 meses) e realizar conclusão de casos notificados de crianças expostas no SINAN.

Com base nesses dados foram criadas planilhas separadas por distrito sanitário das crianças que não tinham resultados de exames no sistema para que o distrito correspondente pudesse realizar as devidas providências de busca ativa e realizar os exames nos menores.

Um evento foi realizado a pedido do Distrito Sanitário V, em dois turnos, sobre abordagens sindrômicas das IST's na atenção básica. Nele, uma visão mais ampliada pôde ser observada sobre diagnóstico e tratamento, tendo como ponto forte a interação entre vigilância e assistência, inclusive com atores pouco notados, anteriormente, como os profissionais de saúde bucal.

Durante o período aconteceu também o mês alusivo ao combate às hepatites virais, no qual, além de poder acompanhar a coordenação das ações descentralizadas aos distritos do

Dia “D”, houve uma oficina com representantes da VE, de todo o município, para a criação de um fluxo da doença.

Houve uma oficina de testagem solicitada por profissionais de uma unidade de saúde da família do Distrito Sanitário IV, onde foi possível observar as particularidades de cada teste rápido e como devia ser realizado o acolhimento em casos positivos, especialmente no que tange a realização de testagem no pré-natal. Uma dificuldade observada foi a baixa participação dos profissionais, o que tornou problemática a questão da unidade atender uma população em alta vulnerabilidade (Figura 12).

Figura 12: Oficina de Testagem IST's



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Foi solicitado como produto para o setor, a criação de um perfil epidemiológico da quantidade de consultas pré-natal, realizadas por unidade de saúde e por distrito sanitário nos anos de 2022, 2023 e 2024. A partir desses dados foi possível obter uma série histórica de consultas, avaliando se as unidades avaliadas atingiram a meta do município de pelo menos 4 consultas ou a do MS de pelo menos 6 consultas, apresentadas em formato de slides individuais, contendo gráficos para melhor entendimento.

A passagem pelo setor mostrou-se de grande valia para a formação enquanto sanitarista, pois possibilitou não somente vivências diversas mas também ampliou a percepção do médico veterinário para além das zoonoses.

3.5.3 DIVISÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As atividades executadas na divisão de doenças transmissíveis foram realizadas nas dependências da SEVS, no período de 01 a 31 de agosto de 2025. A vivência concentrou-se na Coordenação de Tuberculose.

Foi realizada a recepção das notificações de casos suspeitos de tuberculose, seguida da inserção dessas informações na planilha de acompanhamento para as devidas providências de cada distrito sanitário. Após o registro, uma cópia física ou digital da notificação também era encaminhada.

Foi solicitada a qualificação de notificações do SINAN com base nos dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Nele observava-se se o acompanhamento do tratamento estava sendo realizado de forma oportuna e atualizada no sistema, bem como se as informações da ficha estavam completas. Em caso negativo a atualização era realizada e o SINAN atualizado.

Outra atualização de sistema realizada foi em relação às gestantes notificadas, em que se observava a situação de acompanhamento e do tratamento oportuno, bem como situação de encerramento.

Realizou-se a qualificação do consolidado das discussões de óbito de 2024, em que se observava a resposta no formulário da ficha síntese, preenchida após as discussões, e atualizava o que fosse necessário no SINAN, em caso de divergências.

Ocorreram também discussões de óbito por tuberculose ou dela como causa associada, em que eram convidados profissionais da atenção básica, média e alta complexidade, coordenações distritais e representantes do nível central. Eram discutidos os fatores que levaram ao óbito, que na maioria das vezes estavam relacionadas aos constantes abandonos de tratamento dos usuários, levando posteriormente ao óbito. Outra discussão recorrente se relacionava com a realização do teste de HIV, tendo em vista que é um indicador importante de coinfeção do MS.

Foi possível participar de discussões em vários distritos sanitários, o que proporcionou uma visão ampliada das diversas realidades sociais (Tabela 3). Vale ressaltar que um ponto importante foi a possibilidade de alteração da ordem das causas base na declaração de óbito, bem como avaliar se foi ou não a causa primária ou associada.

Tabela 3. Distribuição dos Casos Discutidos nas Reuniões de Óbito

Distrito Sanitário	Número de Casos
II	3
III	1
IV	3
V	6
VII	4
TOTAL	17

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025.

As reuniões foram momentos importantes da vivência, muitas delas voltadas à tecnificação do monitoramento da doença. Já foram observadas melhorias desde o período de atuação na Vigilância Epidemiológica (VE) do distrito, quando os boletins eram enviados de forma impressa. Posteriormente, passaram a ser atualizados online, por meio de planilhas compartilhadas, e atualmente encontram-se em processo de criação de um sistema próprio de monitoramento.

Nesse sentido, no Distrito Sanitário II estava acontecendo o projeto piloto para o telemonitoramento de pacientes, em que ligações eram feitas pela Empresa Municipal de Informática (Emprel). As reuniões eram voltadas para avaliação da experiência e elaboração de melhorias, para expandir a todo o município.

Semanalmente, aconteciam reuniões de integração entre representantes da vigilância e atenção básica do nível central. Nelas eram discutidos os indicadores da doença e formas de intervenção nos distritos, em ambas as frentes e de forma integrada.

Adicionalmente, foram realizadas oficinas com os distritos sanitários para formulação de um plano de ação com metas e prazos a serem estabelecidos por seus representantes, bem como formas de monitoramento da efetividade das ações. Durante o período de vivência foi possível participar das reuniões de aprimoramento dos planos e das discussões acerca da temática.

3.5.4 SETOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As atividades executadas no setor de sistemas de informação em saúde foram realizadas nas dependências da SEVS no período de 01 a 30 de setembro de 2025. A equipe, durante o período citado, era composta por 1 coordenadora e 26 servidores com múltiplas formações.

O setor possuía rotina relacionada aos três principais sistemas de informação do MS: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Quanto ao Sinasc, foram realizadas exposições dialogadas sobre a inserção das Declarações de Nascidos Vivos no sistema no prazo de 60 dias, bem como a vigilância da criança de risco em que são monitoradas pela Atenção Básica até os dois anos de vida. Essa estratégia buscava a redução da mortalidade infantil.

Acompanhar a rotina do SINAN foi importante para a complementação dos conhecimentos, como o entendimento dos fluxos a nível central e a distribuição das atribuições de cada instância.

Também foi possível observar as estratégias de qualificação dos dados de notificação, sendo uma delas a limpeza de duplicidade de dados, entendendo-se que a partir dele obtém-se informações mais fidedignas à realidade.

Porém, a maior parte da rotina era relacionada ao SIM. Foram realizadas exposições dialogadas a respeito da distribuição e recolhimento de declarações de óbito (DO) aos estabelecimentos de saúde, bem como o INFOSIS que é o sistema em que realizava-se o controle de entradas e saídas desses documentos, garantindo que não houvesse extravio.

Após esse entendimento, houveram explicações sobre as codificações das DO 's que agilizavam o processo de digitação no sistema, sabendo-se que o prazo máximo era de 60 dias após a data do óbito. Foram realizadas práticas de codificação durante o mês de vivência.

Relacionada à logística, explanou-se sobre a organização das DO 's em lotes, que posteriormente foram arquivados (assim como as declarações de nascidos vivos).

Houveram explicações sobre o fluxo dos óbitos por doenças ou agravos de notificação compulsória, e o fluxo de envio de fichas de investigação de óbitos infantil, fetal e de mulheres em idade fértil para a Secretaria Estadual de Saúde.

Quanto às discussões de óbitos, o nível central ficava responsável pelas investigações dos óbitos maternos, e apoiava os distritos sanitários sobre os óbitos infantis. Aconteceu, então, a discussão de 3 casos de óbito infantil no Distrito Sanitário VII, e de 1 caso de óbito materno no Distrito Sanitário I.

Essa experiência proporcionou um olhar diferenciado para as formas como o sistema de saúde pode responder às vulnerabilidades, e às próprias deficiências do sistema como um todo.

Foi articulada uma atividade prática para investigação de óbitos por causas externas, tendo sido realizada no Instituto de Medicina Legal (IML). A prática consistiu na realização dos passos utilizados para a qualificação das DO 's que foram pesquisa na planilha da Secretaria de Defesa Social, no livro de registro de entrada do cadáver, no laudo de necrópsia e nos laudos de histopatológico e toxicológico (Figura 13).

Figura 13: Investigação de Óbitos por Causas Externas no IML.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Após a qualificação, a Declaração de Óbito (DO) era atualizada no sistema e posteriormente arquivada. O produto solicitado pelo setor foi desenvolvido com base nessa investigação, na qual, por meio das planilhas, as DOs eram analisadas para verificar a necessidade de prosseguimento para as etapas subsequentes ou, quando pertinente, realizar a atualização no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o devido arquivamento.

Houve participação em formações presenciais e online durante o período de vivência em que todas tinham como temática a mortalidade.

3.6 GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE ZOONOSES (GEVACZ)

As atividades executadas na GEVACZ foram realizadas nas dependências do Centro de Vigilância Ambiental no período de 01 a 31 de Outubro de 2025. Foi, então, criado um cronograma em que as atividades eram realizadas nos setores nas datas definidas.

No laboratório de entomologia foram realizadas, dentre as atribuições, a contagem de ovos nas paletas de ovitrampas, a identificação de espécies de larvas coletadas a campo pelos ASACE's, identificação de mosquitos adultos e de carrapatos. Foi também explicado como era realizado o sorteio dos quarteirões para o LIRAa por meio de plataforma do MS, bem como sobre a realização das atividades durante a realização bimestral da ação.

Na vivência do setor de zoonoses, foram realizadas ações de coleta e envio de amostras para o laboratório central de esporotricose e leishmaniose, bem como entendimento de fluxos das doenças dentro da vigilância.

Em relação à esporotricose, houve avaliação e entrega de medicações aos animais que foram cadastrados, e que posteriormente eram acompanhados até a cura. As ações foram realizadas nos Distritos Sanitários VIII e V.

Houve também a realização da vacinação antirrábica em animais de pessoas em situação de acumulação (Figura 14), que foram realizadas em domicílio, bem como de animais que estavam em protocolo pós-exposição após contato direto com morcegos.

Figura 14: Vacinação Antirrábica em Animais de Pessoas em Situação de Acumulação.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Foi também vivenciada a rotina de vigilância da raiva, onde são realizadas coletas de animais mortos potencialmente infectados, como os morcegos. Esses animais eram recolhidos por demandas da população que entrava em contato com o setor, e enviados ao laboratório central para análise e avaliação da circulação do vírus no território.

O setor recebia também equinos apreendidos após denúncias de maus tratos, que quando chegavam a GEVACZ passaram por triagem e submetidos a exames para Anemia Infecciosa Equina e Mormo. Os animais ficavam em isolamento por 30 dias, quando era realizado um novo exame: apenas após o resultado eram liberados para as baias coletivas e aguardam adoção.

No setor de controle vetorial as visitas a campo eram majoritariamente relacionadas à instalação de estações disseminadoras. Realizavam-se inspeções de locais de grande porte com alto potencial de disseminação do *Aedes* sp.

O trabalho de atendimento de denúncias também foi realizado, sendo uma delas em relação a presença de caramujos em uma creche do distrito sanitário IV. Durante a inspeção, além de grande quantidade de caramujos foram encontrados focos de *Aedes* sp., sendo realizado o recolhimento dos moluscos e tratamento dos focos positivos, assim como conversado sobre as ações contra o mosquito (Figura 15).

Figura 15: Atendimento a Denúncia Relacionada a Moluscos.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Os preceptores do setor de monitoramento e georreferenciamento realizaram explicações sobre os fluxos e aplicações práticas do trabalho integrado com os distritos, e de que forma impactam oportunamente na saúde.

Em relação à VIGIÁGUA, as ações focaram-se nos reservatórios de maior porte do município, seguindo a mesma lógica de fluxo de análise laboratorial realizada pelo distrito sanitário.

Durante a campanha de vacinação antirrábica 2025 a educação em saúde tomou protagonismo, com temáticas relacionadas à raiva em animais domésticos e silvestres, onde foi apresentado o produto desenvolvido nos meses anteriores do álbum seriado da raiva em silvestres (discutido posteriormente) (Figura 16).

Figura 16: Campanha de Vacinação Antirrábica 2025.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

4 PRINCIPAIS PRODUTOS

4.1 PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL: PREVENÇÃO DE ZOONOSES URBANAS ATRAVÉS DA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O *DIDELPHIS ALBIVENTRIS* (TIMBÚ)

O projeto foi idealizado e realizado em conjunto com outra residente de saúde coletiva do programa da SESAU, sendo institucionalizado pela UFRPE como extensão. Teve como objetivo principal a elaboração de um flyer informativo sobre o *Didelphis albiventris*, bem como álbum seriado, para auxílio nas ações de educação ambiental nos bairros do Distrito Sanitário I.

Foi então solicitada carta de anuência a SESAU e após consentimentos, nos dias 4 e 18 de dezembro de 2024, nos turnos da manhã e tarde, realizou-se uma capacitação direcionada aos Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias (ASACES), coordenadores de áreas, equipe de educação em saúde do Distrito e estudantes de medicina que estavam realizando atividades no local, totalizando 44 participantes (Figura 17).

Figura 17: Capacitação para os ASACE's sobre o Timbu.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2024.

A capacitação foi conduzida com base no álbum seriado, proporcionando uma apresentação interativa e didática. Após a exposição do material, foi apresentado aos ASACE's o flyer digital, que eles passariam a utilizar durante suas atividades diárias no contato com os moradores.

O treinamento também incluiu um espaço para discussão, onde foram levantadas dúvidas e trocadas experiências sobre a prática da educação em saúde, tornando o momento enriquecedor para todos os participantes.

Adicionalmente, em 19 de dezembro de 2024, foi realizada uma ação de educação em saúde com base no material produzido, tendo como público-alvo os servidores do distrito sanitário, considerando o registro do aparecimento do animal na área. A atividade contou com o apoio de estudantes de medicina, que realizaram demonstrações e explicações utilizando o material empregado nos matriciamentos realizados nos dias anteriores. Como resultado, observou-se maior conhecimento dos servidores acerca da importância do tema e dos cuidados necessários relacionados ao animal.

O projeto gerou frutos e o material foi apresentado às coordenações de educação em saúde e zoonoses da GEVACZ no ano de 2025, sendo então distribuído para utilização nos demais distritos sanitários (Figura 18).

Figura 18: Apresentação dos Resultados do Projeto de Educação em Saúde à GEVACZ.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

A nível do Distrito Sanitário I o material foi impresso em formato de banner e passou a ser utilizado nas ações de educação em saúde da VA e em um projeto da VE intitulado “VE na área”, levando mais ativamente o conteúdo à população.

Como consequência do sucesso do projeto, foi solicitado pela coordenação de educação em saúde em parceria com o setor de zoonoses do GEVACZ, que fosse produzido um álbum seriado de animais silvestres com enfoque na raiva.

O material abordava temas como a doença, formas de transmissão, prevenção e controle com os animais silvestres, posse responsável de animais domésticos e medidas a serem tomadas em casos de acidentes. Além disso, foi adicionado um QR Code em que a população pode ter acesso ao material.

A produção foi apresentada e aprovada pelos coordenadores, seguindo então para produção. Foi, então, distribuído para as referências de educação em saúde dos 8 distritos

sanitários, que distribuíram para os ASACE's. O material passou a ser utilizado nas ações alusivas à raiva em todo o Recife.

5 PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

Ao decorrer do programa houve a participação nos eventos do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, dentre eles, as trilhas de aprendizado tanto da VE quanto da VISA. Nelas houve a abordagem de assuntos diversos de aplicação relevante na prática cotidiana, além de atualizações conceituais pertinentes.

No ano de 2025 ocorreu a Conferência Municipal de Saúde do Recife, sendo possível participar ativamente dos passos que levaram ao evento principal executado no município.

Durante a etapa das plenárias microrregionais no DSI, atuou-se na qualidade de relatora nas datas correspondentes às Microrregiões 1.1, 1.2 e 1.3. Após a realização de cada plenária, foi elaborado o consolidado das propostas, que posteriormente foi encaminhado à coordenação do Conselho Municipal de Saúde.

Na etapa distrital foi possível novamente participar na qualidade de relatora, atuando no eixo de assistência farmacêutica. Nesse momento, foram votadas as propostas do eixo que seguiram para a etapa municipal, podendo ser sugeridas e votadas três propostas adicionais. Ressalta-se que em todas as etapas foi possível notar o respeito à paridade (Figura 19).

Figura 19: Relatoria nas Etapas Microrregionais e Distrital.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

Enfim, houve a participação na XVII Conferência Municipal de Saúde na qualidade de observadora. Nessa posição e com participação no eixo de vigilância em saúde, houve poder de fala durante as discussões das 25 propostas que entraram para o plano municipal de saúde em 2026-2029. Excluía-se da qualidade de observadora apenas o poder de voto, porém com direito a participação ativa em todas as atividades do evento (Figura 20).

A participação em todo o processo que levou a conferência foi uma oportunidade única enquanto residente. Poder atuar e acompanhar o controle social e todo o seu impacto nos usuários, trabalhadores e gestores podem ser consideradas uma das experiências mais importantes vivenciadas.

Figura 20: Participação na Conferência Municipal de Saúde.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2025.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto no presente relato é possível perceber a pluralidade de experiências únicas que o programa de residência proporciona para o profissional, principalmente se tratando do médico veterinário ao entender-se enquanto sanitarista. É importante destacar que as contribuições que o residente traz para o sistema de saúde impactam diretamente no processo de trabalho dos profissionais e na qualidade do serviço prestado ao usuário.

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INOVAÇÃO PEDAGÓGICA NA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA NO DISTRITO SANITÁRIO I EM RECIFE-PE

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é marcada por mudanças profundas nos padrões de mortalidade e fecundidade da população. Primeiramente, a mortalidade é reduzida por fatores associados a melhorias sanitárias e combate de infecções transmissíveis. Em um segundo momento, a fecundidade decresce como consequência do retardamento das uniões e posterior controle da fecundidade por essas pessoas. Finalmente, processos associados ao êxodo rural e crescente urbanização agem como fatores associados, contribuindo para a consolidação dessas transformações (Medici; Beltrão, 1995).

Nesse sentido, as quedas simultâneas de mortalidade e da fecundidade estão relacionadas intrinsecamente com as demandas de saúde da população. O aumento da expectativa de vida favorece o envelhecimento, que por sua vez amplia o quadro de ocorrência de doenças crônicas. Paralelamente, as mudanças no padrão reprodutivo têm impacto sobre a saúde da população feminina, que é proporcionada pela utilização de métodos contraceptivos (Monteiro, 1997).

Como expressão desse processo, no Brasil, entre 2010 e 2020 o ranking das principais causas de mortes, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), concentra-se nas doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, respiratórias e as endócrinas nutricionais e metabólicas (Massad; Matos, 2025).

Em âmbito nacional e internacional, a saúde vem sofrendo mudanças que impactam nos seus indicadores, explicitando novas e complexas demandas assistenciais. Esse cenário vai ao encontro de fragilidades tanto na formação superior (com sua dificuldade na adaptação da grade curricular) quanto na organização do sistema em si (que sofre com a ampliação e qualificação da rede) (Rosa *et al.*, 2022).

No Brasil, em especial, a transição epidemiológica caracteriza-se pela existência de doenças infecciosas e crescimento exponencial das condições crônicas. Dessa forma, torna-se necessário o realinhamento dos serviços de saúde para modelos de cuidado contínuos,

integrais e organizados a partir da realidade do território, tendo potencial de responder de maneira mais assertiva às necessidades da população (Parpinelli, 2025).

Com o envelhecimento populacional, os desafios aos sistemas de saúde tornam-se crescentes, exigindo que estratégias sejam capazes de reduzir riscos, fragilidades e vulnerabilidades associadas a esse processo. Nesse contexto, Sales (2021) destaca que apesar de avanços institucionais e do aumento de programas voltados à saúde do idoso, persistem lacunas importantes relacionadas à avaliação da qualidade dos serviços, evidenciando a necessidade de modelos assistenciais mais estruturados e qualificados.

Diante desse cenário, torna-se indispensável aprofundar a compreensão dos complexos processos que estruturam o cuidado à saúde e a reorganização dos serviços tendo em vista a crescente demanda das condições crônicas, especialmente na Atenção Básica que é ordenadora do cuidado, bem como o papel da educação permanente na qualificação do cuidado à saúde.

Assim, no Capítulo 2 objetivou-se relatar e analisar a construção de um produto pedagógico desenvolvido no contexto das oficinas de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no Distrito Sanitário I do Recife-PE, como estratégia de apoio à educação permanente e à qualificação do processo de cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

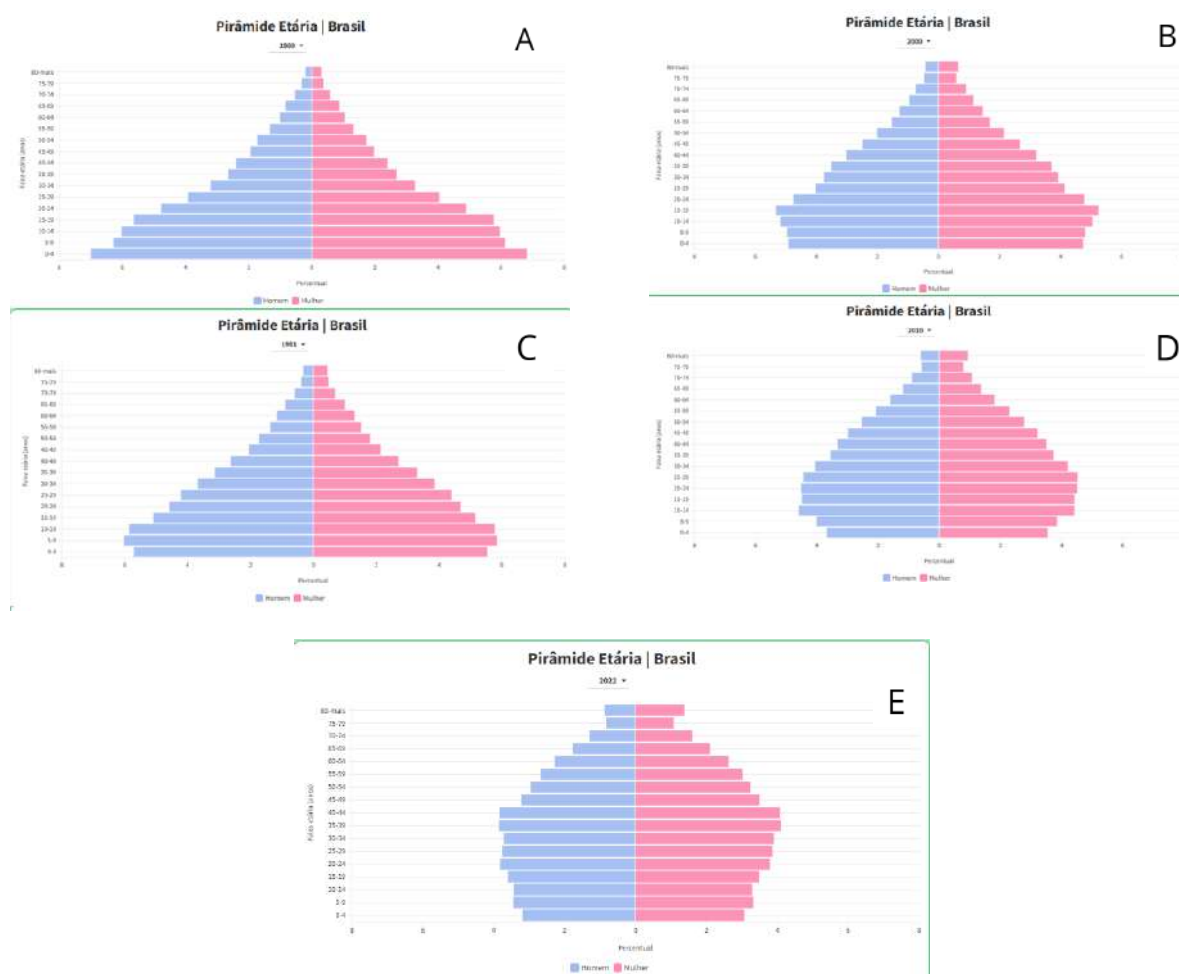
2.1 Transição Demográfica e Epidemiológica

A população acima dos 70 anos cresceu globalmente 147,9% entre 1990 a 2021 (Chen *et al.*, 2025). Dessa forma, o envelhecimento evidencia-se como uma das mais significativas mudanças demográficas da atualidade, tendo como causa básica o aumento da expectativa de vida e redução nas taxas de fertilidade, representando tanto avanços quanto grandes desafios à saúde pública (Gianfredi *et al.*, 2025).

Dessa maneira, a teoria da Transição Epidemiológica explica a mudança no perfil de saúde à medida que ocorre o desenvolvimento social e econômico. Segundo o autor, as sociedades passam de um quadro marcado por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição para outro caracterizado pelo predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Os avanços sanitários, apresentam-se então como um impulso necessário às melhorias nas condições de vida e pelo envelhecimento populacional (Orman, 1971).

Entre 1990 e 2019 no Brasil, foi observada uma redução do impacto na mortalidade e para o DALY (Disability-Adjusted Life Year) por doenças infecciosas e parasitárias (Martins *et al.*, 2021). O envelhecimento deverá, então, contribuir para o aumento da taxa de mortalidade até 2030, sendo um fato esperado com o avanço da transição demográfica e epidemiológica (Guimarães *et al.*, 2021). (Figura 1)

Figura 1: Evolução da Pirâmide Etária no Brasil 1980-2022



Mudanças na distribuição etária evidenciam queda da natalidade e aumento da longevidade - A- Pirâmide Etária por Sexo 1980; B- Pirâmide Etária por Sexo 1991; C- Pirâmide Etária por Sexo 2000; D- Pirâmide Etária por Sexo 2010; E- Pirâmide Etária por Sexo 2022.

Fonte: IBGE, 2022.

Nos anos de 1950, o denominado “efeito rejuvenescedor” foi proporcionado pelas altas taxas de natalidade (que é capaz de reduzir a idade média da população), sendo expressivo na África, Ásia e América Latina. Com a queda das taxas de natalidade, esse efeito diminuiu e passou a representar menos da metade do ritmo natural de envelhecimento (Fernandes, Turra e Rios-Neto, 2023).

Sendo assim, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), aponta que nas últimas décadas a população a nível global apresentou avanços nos sistemas de saúde e nas condições de vida, representando significativo aumento na expectativa de vida. Nos países da OCDE, por exemplo, quase dois terços da população com 65 anos ou mais possuem pelo menos uma condição crônica, sendo reflexo do impacto do envelhecimento sobre a carga de doenças crônicas e incapacidades (OCDE, 2023).

2.2 A Presença de Multimorbidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis na População

No Brasil, um estudo recente baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (2019) estimou que a presença de multimorbidades em adultos é de 29,9%, sendo as chances de mulheres apresentarem uma ou mais doenças crônicas 37% maiores do que as dos homens. Dentre os fatores de risco mais comuns estão tabagismo, obesidade e idade avançada. Ainda nesse contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como a doença crônica mais frequente em ambos os sexos, seguida por dores crônicas e hipercolesterolemia (Silva da Silveira *et al.* 2024).

Entre 2006 e 2023 a prevalência de adultos de ambos os sexos que relataram diagnóstico médico de HAS passou de 22,6% para 29,9%. No mesmo período, observou-se expansão no sexo masculino, cuja prevalência passou de 19,5% para 26,4% (Brasil, 2025).

Em relação às condições crônicas, Barrio-Cortez e colaboradores (2021) estimam que 85.2% da população idosa assistida pela Atenção Primária à Saúde (APS) na Espanha tenha pelo menos uma doença crônica, sendo a mais prevalente a HAS.

Nesse contexto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), apresentam-se como um dos maiores desafios atuais à saúde pública, apontando as doenças cardiovasculares entre as principais causas de morte, fortemente associadas à HAS, obesidade, glicemia em jejum elevada, tabagismo e fatores dietéticos. Neste caso, o envelhecimento populacional e a

continuidade da ocorrência desses fatores de riscos têm ampliado de forma contínua a carga de doenças crônicas no país (IHME, 2023).

Concomitantemente, nas capitais brasileiras entre 2006 e 2021, foram registrados aumentos nos registros de fatores de risco como abuso de álcool, sobrepeso e obesidade (Silva *et al.*, 2023).

Sabe-se que as DCNTs são responsáveis por 74% das mortes globalmente, desses, 86% dos que morreram antes dos 70 anos foram registrados em países de baixa e média renda. As consequências das condições crônicas ameaçam os sistemas de saúde com sobrecarga, tornando a prevenção e controle de extrema importância principalmente pelo seu custo socioeconômico no século 21 (WHO, 2025).

Em um estudo recente de Souza (2023), evidenciou que a busca por serviços de saúde em pessoas com multimorbidades tende a ser cerca de duas vezes maior que em pessoas que não possuem esse tipo de condição, e representa uma prevalência de 20% a mais de consultas médicas nos pacientes portadores de multimorbidades.

Os idosos apresentam estatisticamente um maior uso dos serviços de saúde e estão mais propensos a abandonar suas atividades diárias devido a suas limitações de saúde, o que se associa com uma população que possui menor escolaridade e dependência aumentada do sistema público de saúde, diferentemente do que acontece com pessoas da mesma faixa etária usuárias de planos de saúde em que o maior uso dos serviços não se associam às multimorbidades (Francisco *et al.*, 2021).

O fator da mortalidade por DCNTs está relacionada fortemente com os Índices Sociodemográficos (ISD): países com ISD mais elevado tendem a registrar menores taxas de mortalidade, enquanto aqueles com ISD mais baixos apresentam maior carga e pior desempenho em indicadores de saúde. Esse padrão evidencia a necessidade de potencializar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, a fim de que se tenham impactos reais na redução da mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e demais DCNTs (IHME, 2023).

2.3 Polifarmácias e a Automedicação

Outra problemática associada, diz respeito ao uso de medicamentos ou as polifarmácias (posse de 5 a 9 medicamentos por pessoa). Nesse contexto, um estudo realizado

no Rio Grande do Sul por Müller *et al.* (2025), observaram que a presença de polifarmácia foi expressivamente maior nos pacientes com multimorbidades, aumentando proporcionalmente a idade, tendo sido relatada como tendo prevalência de 36,1% da população estudada.

Quanto à automedicação, Alwhaibi *et al.* (2023) constataram que 12,1% dos pacientes de seu estudo que praticavam essa conduta apresentavam condições crônicas, sendo as mais comuns hipercolesterolemia e hipertensão.

No Brasil, a prevalência estimada de automedicação é de 16,1%, em sua maioria praticada por mulheres, com altos níveis de escolaridade e residentes da região Nordeste. Estando, também, mais prevalente entre portadores de doenças crônicas (Arrais e Bertoldi, 2016).

Entre os idosos com diagnóstico para doenças crônicas assistidos pela Atenção Básica do Ceará, 62% eram hipertensos e 30% utilizavam quatro ou mais fármacos (da Silva Alves *et al.*, 2023).

2.4 Atenção Primária à Saúde e as Condições Crônicas

A reforma sanitária brasileira marcou a transição de um modelo biomédico para uma concepção ampliada de saúde sustentada no enfoque biopsicossocial. Essa mudança, porém, ainda exige a superação de um paradigma histórico, no qual os serviços de saúde eram vistos apenas como espaços de controle de doenças para uma abordagem que valoriza o cuidado no território e reconhece as dimensões familiares e comunitárias (Schenker e Costa, 2019).

A Lei Orgânica da Saúde (Brasil, lei nº 8.080/1990) expressa que os níveis de saúde evidenciam a organização social e econômica do país, em que a saúde possui como determinantes e condicionantes: a alimentação, moradia, saneamento básico, entre outros.

Para o SUS, é essencial o entendimento das mudanças na faixa etária populacional e questões demográficas para que profissionais e gestores tenham a capacidade de enfrentar os desafios na organização e prestação de serviços no sistema (Guimarães *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a Política Nacional da Atenção Básica caracteriza-se como uma política pública que foi implantada no país tendo como seu instrumento principal a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para consolidação da Atenção Básica, e visa em uma de suas diretrizes a longitudinalidade para o estabelecimento de linhas de cuidado, garantindo a operacionalização dos princípios do SUS integrando-se às ações de vigilância (Brasil, 2017).

A expansão da qualidade da Atenção Básica no Brasil é associada a redução nas taxas de mortalidade relacionada à diabetes e doenças cardiovasculares, estando relacionado ao aumento na capacitação profissional associado a integração com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que podem levar a ganhos à saúde para além de avanços na garantia de acesso (Mrejen *et al.*, 2021).

A principal estratégia que se consolida no país para expansão da Atenção Básica é a ESF, pois caracteriza-se pela ampliação do acesso ao SUS e consolidação de indicadores como redução de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, classicamente caracterizadas por seu caráter evitável (OPAS, 2023).

No país entre 2000 a 2021 observou-se redução nas internações por condições sensíveis à atenção básica, entretanto as regiões norte e nordeste ainda destacam-se como sendo as regiões com taxas mais elevadas. Na população com 70 anos ou mais observou-se redução dessas taxas gerais de 50,6% em 2000 para 24,9% em 2021 (Viacava; Carvalho; Martins; Oliveira, 2022).

Ainda nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) traz em suas diretrizes conceitos importantes para o cotidiano nos serviços de saúde destacando-se o Acolhimento, que se baseia em uma escuta qualificada garantindo acesso oportuno, e a Clínica Ampliada e Compartilhada que visa combater a fragmentação do conhecimento e ações de saúde (Brasil, 2013).

Segundo o Protocolo De Orientação Sobre o Acolhimento da Secretaria de Saúde do Recife (2025), as demandas crônicas devem fazer parte do fluxo programado da USF onde devem ser oferecidas consultas e atividades coletivas e em grupos, abordagem que potencializam a vinculação do usuário fortalecendo estratégias de promoção e prevenção.

É importante ressaltar que nas condições crônicas, os usuários enquanto membros ativos de seu cuidado são essenciais para o êxito do tratamento. Baseia-se em mudanças de estilo de vida e práticas que levem a hábitos mais saudáveis, além de adesão ao tratamento proposto perpassa a atuação do profissional e conscientiza o usuário sobre a correlação entre doença e práticas diárias (Brasil, 2013).

Nessa temática, autocuidado apresenta-se como uma ferramentas de qualidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e define-se como sendo a capacidade de promoção e manutenção à saúde, prevenção de doenças, e de lidar com afecções e deficiências, estando o

indivíduo com o apoio de um profissional de saúde ou não, reconhecendo que o indivíduo deve atuar como agente ativo gerenciando seu cuidado e bem-estar (WHO, 2025).

Diante do aumento de pessoas com condições de saúde complexas e do risco de cuidados fragmentados, diversos países têm adotado modelos de atenção integrada. Essas estratégias buscam garantir cuidado contínuo e coordenado, melhorar a experiência do usuário, ampliar a prevenção e o controle de doenças crônicas, além de reduzir custos e promover maior equidade e melhores condições de trabalho para os profissionais (OCDE, 2023).

Em estudo recente, Moraes e Bezerra (2022) identificaram que a implementação do autocuidado apoiado resultou em melhora significativa no controle pressórico dos participantes. No grupo intervenção, 80% dos usuários atingiram as metas de pressão arterial, permitindo sua realocação para estágios menos graves de hipertensão. O grupo controle, que recebeu apenas intervenções convencionais, apresentou piora do quadro, com aumento das pressões não controladas de 31,6% para 42,1%.

Entende-se então, o conceito de classificação de risco, em que os usuários devem ser categorizados de acordo com o grau de severidade da sua doença. Dessa forma, terão ofertas de serviços programados de acordo com sua estratificação de risco, tendo como finalidade a avaliação e organização da assistência prestada ao usuário baseada na real necessidade (Brasil, 2013).

Para a população que não esteja em situação de doença mas que apresente fatores de risco de adoecimento, devem ser realizadas intervenções que proporcionem suporte e apoio para que existam mudanças no estilo de vida (Brasil, 2014).

Para tanto, em 2021 o MS aderiu à iniciativa HEARTS, que se trata de uma estratégia utilizada internacionalmente com o objetivo de otimizar a saúde cardiovascular na Atenção Básica (Brasil, 2021). A iniciativa traz consigo uma abordagem prática e extensiva para abordagem da HAS, preconizando a medição de pressão arterial, avaliação de riscos cardiovasculares e abordagens baseadas no risco (OPAS, 2025).

A promoção de saúde e prevenção da HAS é baseada em uma relação de vinculação sólida entre eSF e usuário, sendo essencial que a humanização do cuidado esteja atrelada a escuta qualificada, busca ativa e ações de educação em saúde. Essas ações devem ser realizadas por cada equipe de forma integrada para que sejam favorecidas as mudanças no

estilo de vida, identificação precoce de sinais de alerta e redução de riscos cardiovasculares (Moitinho *et al.*, 2023).

As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) possuem em seu escopo diretrizes e objetivos que visam atender as demandas de saúde pautadas no princípio da integralidade do cuidado, favorecendo os atributos essenciais da Atenção Básica conforme PNAB. Tem papel importante na superação do cuidado fragmentado que impacta negativamente na lógica da corresponsabilização, sendo essencial na comunicação, integração e articulação da rede de saúde garantindo a continuidade dos fluxos (Brasil, 2023).

Colaborativamente, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz como princípio a promoção do empoderamento e da capacidade de tomada de decisões por parte dos usuários, bem como reafirma sua autonomia. Para além, suas diretrizes estimulam a cooperação e articulação intersetorial visando maior desempenho sobre determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2018).

2.5 Vigilância das Condições Crônicas

Relacionadas às ações de vigilância, o MS tem o VIGITEL (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) utilizado como ferramenta de monitoramento contínuo da frequência e distribuição das DCNTs, além de seus fatores de risco modificáveis em todo o território nacional, subsidiando o planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2025).

Embasado no dados do VIGITEL, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 definiu 23 indicadores, cada um com metas específicas atreladas que deverão ser monitoradas anualmente, a fim de avaliar os avanços do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Entre esses indicadores, cinco estão relacionados diretamente às doenças crônicas e dez deles estão associados aos principais fatores de risco (Brasil, 2021).

2.6 Bases do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O *Chronic Care Model* (CCM) trata-se de um modelo que propõe a reorganização do cuidado ambulatorial para que a atenção às condições crônicas deixe de ser centrada em episódios agudos. Para isso, são articulados seis componentes de forma integrada: trabalho em

equipe estruturado, interações clínicas programadas, apoio ao autocuidado, uso ampliado de recursos comunitários, suporte à decisão baseado em evidências e sistemas de informação como registros clínicos e tecnologias digitais (Coleman *et al.*, 2009).

Outro modelo foi o da Pirâmide de Riscos (Figura 2) foi desenvolvido e implantado nos Estados Unidos, e baseia-se na premissa de que as pessoas que possuem alguma condição crônica devem ser manejadas de acordo com a duração daquela condição, na abrangência de serviços necessários e capacidade do autocuidado. Dessa forma, os usuários são classificados em 3 grupos: condições leves, moderadas e severas ou instáveis bem como relacionado a capacidade de autocuidado (Mendes, 2012).

Figura 2- Pirâmide de Riscos



Fonte: Mendes, 2012.

Por fim, o modelo clássico proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) aborda os determinantes sociais de forma estratificada, variando por sua dimensão, desde aquelas mais próximas aos indivíduos até aquelas mais distantes onde estão os macrodeterminantes. É proposto que os estilos de vida individuais são moldados pelas redes sociais e comunitárias e pelas condições de vida e trabalho, que, por sua vez, estão inseridas em um contexto mais amplo marcado por fatores econômicos, sociais e culturais. (Figura 3).

Figura 3: Determinantes sociais estratificados.



Fonte: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Brasil 2014.

Nesse sentido, os determinantes intermediários deverão ser abordados de forma intersetorial para que possa haver a potencialização das condições de saneamento, moradia, emprego e renda, níveis de escolaridade, entre outros determinantes. As macropolíticas possuem efeitos evidentes na promoção de saúde dos territórios estabelecidas entre eSF e usuários (Brasil, 2014).

No Brasil foi implantada por meio da Portaria 483/2014 (Brasil, 2014) a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas baseada na organização e operacionalização das linhas de cuidado, levando em conta os mais altos níveis de intensidade.

Com base no CCM, e sendo expandido com a integração do modelo da Pirâmide de Riscos (Figura 4) e daquele proposto por Dahlgren e Whitehead, Mendes (2012) formulou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) com o objetivo de ser amplamente aplicado atentando-se as individualidades do SUS.

Figura 4: Condições crônicas, estratificação da população segundo riscos e recomendações para cada estrato de risco



Fonte: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Brasil 2014.

O MACC foi proposto para ser um modelo a ser lido em três colunas: em que a da esquerda estratifica a população conforme risco; a da direita classifica conforme os determinantes sociais; e a coluna do meio que traz os níveis de intervenções de promoção, prevenção e gestão clínica para a população (Mendes, 2012).

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A pesquisa teve natureza qualitativa e descritiva. Em um primeiro momento, baseou-se na participação junto aos profissionais atuantes nas USFs durante as oficinas de implantação do MACC no território do Distrito Sanitário I, no Recife. Em um segundo momento, consistiu na produção de material didático como ferramenta pedagógica de apoio à implantação do modelo no território.

O município do Recife, localizado no Estado de Pernambuco, foi selecionado pelo Ministério da Saúde como uma das cidades modelo para a implantação do MACC no Brasil. Foram realizadas oficinas em todos os oito Distritos Sanitários que compunham seu território, respeitando as bases propostas por Mendes (2012) e as particularidades microrregionais de cada uma das áreas.

No DSI os profissionais foram divididos em três turmas para contemplar as 21 eSF do território, levando-se em consideração os turnos de estudo que cada equipe teria para viabilizar agendas de participação. As turmas participaram de 6 oficinas presenciais e 2 momentos de dispersão com suas respectivas equipes, a fim de concluir o processo de formação de todo o território.

As oficinas do MACC tiveram caráter teórico-prático, utilizando metodologias participativas, com estudos de caso, discussões em grupo e atividades de dispersão, nas quais as equipes foram estimuladas a aplicar os conceitos do modelo a partir da realidade do próprio território de atuação. Nelas, houve também a explanação das bases do modelo, bem como exemplos práticos de sua utilização, em que as equipes deveriam utilizar seu próprio território como ferramenta didática e da implantação do modelo, respeitando a realidade local.

Paralelamente à realização das oficinas, houve reuniões do Grupo de Trabalho (GT) formado por iniciativa do distrito sanitário, que configuraram-se como espaços sistemáticos de análise e avaliação do processo de implantação do MACC, permitindo a identificação de fragilidades e potencialidades recorrentes entre os profissionais das USF.

O GT foi composto por profissionais envolvidos na gestão da implantação do modelo, incluindo apoiadores de território, gestores de políticas públicas do distrito sanitário e residentes em saúde coletiva que atuavam junto à gestão da Atenção Básica. Esses residentes integravam-se às equipes gestora e assistencial, participando tanto das oficinas quanto da análise crítica das dificuldades encontradas

Durante as reuniões do GT foi discutido que as oficinas e atividades de dispersão realizadas até aquele momento evidenciaram fragilidades na apropriação conceitual por parte dos profissionais das USF relacionados a conceitos fundamentais. Esses conceitos incluíam principalmente aqueles relacionados à HAS, que estava sendo utilizada como condição base para a implantação do modelo.

A partir dessa demanda levantada, sugeriu-se de forma consensual a partir das discussões do GT, a estruturação de um material didático e prático que pudesse ser utilizado como consulta rápida por parte dos profissionais, e dessa forma otimizar e qualificar suas atividades diárias com a população.

As residentes, com apoio e orientação dos profissionais preceptores, estruturaram um documento intitulado “Guia Prático Conceitual: Fatores de Risco Para Hipertensão Arterial Sistêmica”, que inclui tanto conceitos principais quanto CID (Classificação Internacional de Doenças) e CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária). Essas classificações foram incluídas para que facilitassem o registro das informações no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O guia foi elaborado com linguagem objetiva e formato de consulta rápida, visando apoiar a prática cotidiana dos profissionais da Atenção Básica, qualificar o registro das informações no Prontuário Eletrônico do Cidadão e fortalecer a implantação do MACC no território.

Após validação técnica/pedagógica do material, que foi realizada pelos preceptores do distrito sanitário, considerando critérios de clareza conceitual, aplicabilidade e alinhamento às diretrizes do MACC, houve a expansão da iniciativa, sendo levada ao conhecimento dos gestores e Apoio ao Território dos demais Distritos Sanitários, a fim de passar por nova validação e sua utilização ser expandida a nível municipal.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É notório que o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica têm impactado e ampliado a prevalência de DCNTs em todo o mundo, sendo notada no âmbito nacional mais recentemente devido à suas características transicionais particulares, por se tratar de um país em desenvolvimento. Esse processo já havia sido descrito por Medici e Beltrão (1995) e aprofundado por Monteiro (1997), ao destacarem a coexistência de mudanças demográficas rápidas e transformações no perfil de morbimortalidade da população.

Esse cenário se configura como um desafio ao sistema de saúde, principalmente no que tange a complexidade assistencial que necessita adaptar-se à nova realidade. Além disso,

fez-se notória a necessidade da ampliação do cuidado longitudinal, posto como preceito da Atenção Básica, porém pouco desenvolvido nas realidades locais.

Conforme discutido por Parpinelli (2025), a coexistência de agravos infecciosos e condições crônicas impõe a necessidade de reorganização dos serviços para garantir respostas mais contínuas e integrais, sobretudo no âmbito da Atenção Básica.

Adicionalmente, os usuários assistidos frequentemente apresentam multimorbidades, o que exige ainda mais a organização dos modelos assistenciais para que uma resposta mais efetiva às novas demandas possam ser respondidas no âmbito do SUS. Esse achado dialoga com Rosa *et al.* (2022), que apontam fragilidades tanto na formação dos profissionais quanto na organização dos serviços frente às novas demandas impostas pelas DCNTs.

Nesse contexto, o MACC apresenta-se como uma ferramenta estratégica estruturante importante para a reorganização do cuidado na Atenção Básica, revolucionando o modelo de atenção que, historicamente, é voltado para as condições agudas, e propõe a necessidade de mudanças no processo assistencial com base em evidências nacionais e internacionais bem documentadas.

Conforme discutido na literatura nacional, o modelo fundamenta-se na estratificação de risco, na coordenação do cuidado e no autocuidado apoiado, alinhando-se aos princípios da integralidade e da longitudinalidade do SUS (Parpinelli, 2025).

As oficinas de implantação do modelo, associadas ao território vivo e sendo usado como fonte potencial de aprendizado, são uma configuração importante de dispositivos pedagógicos, pois permitem que a utilização de metodologias participativas integrem uma reflexão crítica do processo de trabalho das equipes levando em conta suas individualidades.

Esse achado reforça a centralidade da Educação Permanente em Saúde como estratégia para qualificação do processo de trabalho, conforme já evidenciado por Sales (2021), ao apontar lacunas persistentes na qualidade dos serviços apesar dos avanços institucionais observados no campo da saúde do idoso.

Percebe-se que a aplicação dos conceitos alinhados à realidade concreta das USFs por meio de atividades teórico-práticas e de dispersão é de fundamental importância para a percepção da aplicabilidade do que foi exposto no processo de trabalho, e nas linhas de cuidado. Dessa forma, é possível contribuir de forma ampliada na aproximação da teoria e

prática, estimulando o protagonismo das equipes na construção de soluções alinhadas às demandas do território.

As oficinas realizadas para implantação do modelo revelaram que as bases conceituais dos profissionais atuantes na Atenção Básica estavam fragilizadas, em especial no que tange a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que foi a condição base para implantação do MACC. As lacunas encontradas fundamentam a importância da educação permanente em saúde para aprimoramento contínuo do processo de trabalho no SUS.

Nesse sentido, a elaboração do material didático veio como uma resposta estruturada e concreta às demandas do processo de trabalho e de implantação do modelo. O guia apresenta-se como uma ferramenta fomentada com uma linguagem objetiva e em formato de consulta rápida, podendo ser utilizada por profissionais de nível superior e por ACS no campo. A integração do CID e CIAP apresenta-se como uma potencialidade, visto que essas ferramentas do PEC são ainda subutilizadas.

O uso de linguagem objetiva, formato digital e integração de ferramentas como CID e CIAP dialoga com a necessidade de inovação pedagógica apontada por Rosa *et al.* (2022), especialmente no que tange à qualificação do cuidado e do registro das informações em saúde.

A iniciativa traz à tona a potência das ferramentas tecnológicas para a realidade atual dos serviços de saúde, visto que o material foi produzido em formato digital, facilitando a consulta rápida a qualquer momento em que seja necessário e qualificando o cuidado e registro de informações coerentes com a realidade.

Concomitantemente, destaca-se o papel da integração multiprofissional nos serviços de saúde, que deve ser cada vez mais estimulada e fortalecida tanto na gestão quanto no trabalho das USFs. Nesse contexto, a residência mostra-se fundamental na mediação e articulação entre gestão, assistência e processos educativos.

O fato das residentes participarem ativamente do processo de implantação do modelo e do GT foi essencial para a identificação de fragilidades e para a construção de estratégias práticas para auxiliar na resolução da problemática. Essa experiência reafirma o poder social da residência como espaço privilegiado de educação em serviço, produção de conhecimento e fortalecimento das práticas na Atenção Básica, conforme discutido na literatura sobre formação em saúde e educação permanente (Rosa *et al.*, 2022).

A estrutura educativa da proposta, apesar de seu caráter exitoso, precisa ser continuamente estimulada e renovada para que novas estratégias possam vir a dinamizar o processo de trabalho nas USFs e beneficiar profissionais, gestores e usuários. Ademais, a expansão da iniciativa para outros Distritos Sanitários requer processos de validação e adaptação, respeitando as singularidades de cada território.

A experiência exposta evidencia o poder de estratégias pedagógicas adaptadas à realidade local na potencialização da implantação de modelos bem estruturados, como é o caso do MACC. Ao se estruturar uma proposta levando-se em conta as particularidades locais seu poder de adesão e efetiva utilização torna-se maior.

Ao considerar as particularidades territoriais e organizacionais dos serviços, amplia-se o poder de adesão das equipes e a efetiva incorporação das propostas no processo de trabalho, aspecto também destacado por Sales (2021) ao discutir a qualidade e a efetividade das ações em saúde.

A inovação que iniciativas como a que foi exposta contribui para o fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora do cuidado, bem como na educação permanente e qualificação dos profissionais frente aos novos desafios trazidos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas.

Paralelamente, essas mudanças no perfil da população que acarretam em DCNTs necessitam cada vez mais de um olhar ampliado e cada vez mais da capacidade de dinamicidade de gestores e profissionais (Medici; Beltrão, 1995; Monteiro, 1997).

Dessa forma, evidencia-se a importância intrínseca relacionada ao investimento em educação permanente em saúde para a consolidação dos princípios do SUS, fortalecimento do trabalho multiprofissional e inovações construídas e incorporadas baseadas no cotidiano dos serviços de saúde.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto conclui-se que a metodologia adotada evidenciou um elevado potencial na construção coletiva de estratégias pedagógicas como apoio essencial ao processo de implantação do MACC na Atenção Básica do Recife, fortalecendo o trabalho multiprofissional e evidenciando, em especial, a atuação das residentes na integração entre gestão, assistência e educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 50, p. 13, 2016. Disponível em: [Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados](#). Acesso em: 03 dez. 2025.

ALWHAIBI, M. *et al.* Self-medication among adults with chronic health conditions: a population-based cross-sectional survey in Saudi Arabia. **BMJ open**, v. 13, n. 4, p. e069206, 2023. Disponível em: [Self-medication among adults with chronic health conditions: a population-based cross-sectional survey in Saudi Arabia](#). Acesso em: 03 dez. 2025.

BARRIO-CORTES, J. *et al.* Chronic diseases in the geriatric population: morbidity and use of primary care services according to risk level. **BMC Geriatrics**, v. 21, p. 278, 2021. doi:10.1186/s12877-021-02217-7. Disponível em: [Chronic diseases in the geriatric population: morbidity and use of primary care services according to risk level](#). Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 8.995, de 28 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Residências em Saúde- PNRS no Âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2025. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/12/2025&jornal=515&pagina=179&totalArquivos=258>. Acesso em: 02 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Disponível em: [Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12/11/2009 - Federal - LegisWeb](#). Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. *Portal do Ministério da Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/vigitel>. Acesso em: 01 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 02 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIGITEL Brasil 2006-2023: morbidade referida e autoavaliação de saúde: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de morbidade referida e autoavaliação de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. 59 p. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-morbidade-referida.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 1. ed.; 1. reimpressão. 16 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 02 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui diretrizes e dispositivos para a Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mai. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil adere à iniciativa HEARTS para melhoria da saúde cardiovascular na APS. *Portal do Ministério da Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/brasil-adere-a-iniciativa-hearts-para-melhoria-da-saude-cardiovascular-na-aps>. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Dispõe sobre as Linhas de Cuidado, incluindo a definição de ações e indicadores para prevenção, diagnóstico e cuidado de agravos de maior magnitude, entre outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 abr. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 11 dez. 2025.

CHEN, Q.F., *et al.* Global burden of disease and its risk factors for adults aged 70 and older across 204 countries and territories: a comprehensive analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. **BMC Geriatr**, v. 25, p. 462, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-025-06095-1>. Acesso em: 01 dez. 2025.

COLEMAN K. *et al.* Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Aff (Millwood)**. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75. Disponível em: [Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium](#). Acesso em: 10 dez. 2025.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future studies**, v. 27, n. 1, p. 4-41, 1991. Disponível em: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf. Acesso em: 11 dez. 2025.

DA SILVA ALVES, Antonia Deniciana et al. Perfil de idosos com condições crônicas não-transmissíveis na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal. **Revista Científica Integrada**, v. 6, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rci/article/view/3074/2174>. Acesso em: 03 dez. 2025.

FERNANDES, F.; TURRA, C. M.; RIOS-NETO, E. L. G. World population aging as a function of period demographic conditions. **Demographic Research**, v. 48, art. 13, p. 353–372, 2023. doi:10.4054/DemRes.2023.48.13. Disponível em: <https://www.demographic-research.org/volumes/vol48/13/48-13.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Multimorbidity and use of health services in the oldest old in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210014, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24suppl2/e210014/#>. Acesso em: 01 dez. 2025.

GIANFREDI, V. *et al.* Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 37, art. 125, 2025. doi:10.1007/s40520-025-03021-8. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-025-03021-8?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 01 dez. 2025.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Questões demográficas atuais e implicações para o modelo de atenção à saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 3-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Hc7XhJnP6kr3TTHRGjcVKKR/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Recife (PE): Cidades e Estados. *Portal do IBGE*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>. Acesso em: 27 out. 2025.

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (IHME). **Carga Global de Doenças 2023: achados do Estudo GBD de 2023**. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2023-findings-gbd-2023-study>. Acesso em 01 dez. 2025.

IBGE — INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pirâmide etária 1970-2022*. In: **Atlas Escolar: características demográficas — idade**. Disponível em: <https://atlasescolar.ibge.gov.br/brasil/3051-caracteristicas-demograficas/idade/21898-piramide-etaria-1970-2022.html>. Acesso em: 11 dez. 2025.

MARTINS, T. C. de F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4483-4496, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n10/4483-4496/pt>. Acesso em: 03 dez. 2025.

MASSAD, J. C. F. de A. B.; MATOS, C. R. de L. Perfil de mortalidade no Brasil, segundo sexo, faixa etária e região, período de 2010-2020. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. e16929, 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.4-117. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/16929>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MEDICI, A. C.; BELTRÃO, K. I. Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. **Planejamento e políticas públicas**, n. 12, 1995. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/146>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: [o cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolid](#). Acesso em: 11 dez. 2025.

MOITINHO, V. P. de L. *et al.* Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, [S. l.], v. 2, p. e202320012, 2023. DOI: 10.59229/2764-9806.RTCC.e202320012. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320012>. Acesso em: 10 dez. 2025.

MONTEIRO, M. F.G. **Parte IV - Transição demográfica e epidemiológica**. In: BARATA, RB., et al., orgs. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia** [online]. Rio de

Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 260 p. Epidemiológica series, nº1. ISBN: 85-85676-34-5. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3y5xk/pdf/barata-9788575412640-12.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MORAES, J. C. O.; BEZERRA, S. M. M. da S.. Efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de hipertensos: ensaio clínico randomizado. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e82868, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZGYMkSNfQv4wtwRpV5CHLGj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2025.

MREJEN, M. *et al.* The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health–Americas**, v. 4, 2021. Disponível: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2821%2900026-0>. Acesso em: 05 dez. 2025.

MÜLLER, C. H. *et al.* Prevalência do uso da polifarmácia e associação com mortalidade: estudo de coorte de pessoas idosas no Sul do Brasil, 2014-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, p. e20240081, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fgsScQZVvSvFgFWPmn3VJhc/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2025.

OCDE. **Integrando o cuidado para prevenir e gerenciar doenças crônicas: melhores práticas em saúde pública**. OCDE Publishing, Paris, 2023. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html. Acesso em: 08 dez. 2025.

OMRAN, Abdel R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509–538, 1971. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/pdf/milq0073.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção Primária à Saúde. *Portal da OPAS*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *HEARTS en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública — número especial. *Portal da OPAS*. Disponível em: <https://journal.paho.org/es/numeros-especiales/hearts-americas>. Acesso em: 10 dez. 2025.

PARPINELLI, F. C. G. G. *et al.* PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA COMUNIDADE: ESTRATÉGIAS ATUAIS E DESAFIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Revista Tópicos**, v. 3, n. 28, p. 1-15, 2025. Disponível em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/promocao-da-saude-e-prevencao-de-doencas-na-comunidade-estrategias-atuais-e-desafios-no-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 26 jan. 2026.

PREFEITURA DO RECIFE. Caracterização do território. Recife (PE). *Portal da Prefeitura do Recife*. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/pagina/caracterizacao-do-territorio>. Acesso em: 27 out. 2025.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Recife: **Secretaria de Saúde do Recife**, 2018. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pt. Acesso em: 27 out. 2025.

ROSA, R. S. et al. (Re) pensando a formação profissional em saúde diante da transição epidemiológica. **Revista de Salud Pública**, v. 24, n. 6, 2022. Disponível em: [\(Re\) pensando a formação profissional em saúde diante da transição epidemiológica](#). Acesso em: 26 jan. 2026.

SALES, J. P. D. **Avaliação de programas de promoção da saúde à pessoa idosa: uma análise da qualidade de serviços na saúde suplementar**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/9492a777-63b3-4ee7-ac5d-10b80badfe82/content>. Acesso em: 04 fev. 2026.

SCHENKER, M.; COSTA, D. Harth da. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n4/1369-1380/en/>. Acesso em: 05 dez. 2025.

SILVA A.G.D. *et al.* Temporal trends of morbidities, and risk and protective factors for noncommunicable diseases in elderly residents in Brazilian capitals. **Rev Bras Epidemiol**. 2023 Apr 21. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10176736/pdf/1980-5497-rbepid-26-suppl1-e230009.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2025.

SILVA DA SILVEIRA, A. D. *et al.* Prevalence of multimorbidity in Brazilian individuals: a population-based study. **PLOS One**, v. 19, n. 1, p. e0296381, 2024. doi:10.1371/journal.pone.0296381. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10760693/pdf/pone.0296381.pdf>. Acesso em 01 dez. 2025.

SOUZA, A.S.S. de. Multimorbidade e uso de serviços de saúde na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 32(3):e2023045, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2023.v32n3/e2023045/pt>. Acesso em: 01 dez. 2025.

VIACAVA, F.; CARVALHO, C.; MARTINS, M.; OLIVEIRA, R. *Boletim Informativo do PROADESS, nº 9, out./2022: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise descritiva por sexo e idade e diagnósticos principais*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2022. 16 p. Disponível em:

https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_n9_PROADESS_ICSAP_out2022.pdf. Acesso em: 08 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases. *Portal do WHO*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1. Acesso em: 09 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Self-care. *Portal do WHO*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1. Acesso em: 09 dez. 2025.

APÊNDICE - Guia Prático Conceitual: Fatores de Risco Para Hipertensão Arterial Sistêmica.



**Prefeitura da Cidade do Recife
Distrito Sanitário I
Oficina MACC**

GUIA PRÁTICO CONCEITUAL

**FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**





**Prefeitura da Cidade do Recife
Distrito Sanitário I
Oficina MACC**

GUIA PRÁTICO CONCEITUAL

**FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**



Produção

Anna Beatriz de Oliveira Estevam - Residente em Saúde Coletiva UFRPE
Laiara de Alencar Oliveira - Residente em Saúde Coletiva UPE

Orientação

Amanda Maria Pereira - Coordenação DCNT - DDAB/DSI
Ana Cláudia Serra - Coordenação eMulti - DDAB/DSI
Maria Tayná Silva Feitosa - Divisão Distrital de Atenção Básica - DDAB/DSI

Revisão

Roberta Lisandra Durant da Silva - Apoio ao Território DSI
Fagner Arruda de Lima - Apoio ao Território DSI

**Recife
2025**



O QUE SÃO FATORES DE RISCO?

Fatores de Riscos (FR) são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade (Brasil, 2020a). O reconhecimento desses FR é fundamental, pois possibilita ações de prevenção e promoção de acordo com sua natureza.



Podem ser **modificáveis** ou **não modificáveis**, requerendo ações voltadas à mudança de comportamentos e hábitos de vida (Barroso *et al.*, 2021; Brasil, 2021).

PARA ALÉM DESTES...

É importante mapear outros fatores **determinantes da saúde** que, embora não tenham uma determinação direta, influenciam indiretamente, favorecendo o aparecimento de vários dos FR específicos. ***O registro desses determinantes são feitos no cadastro do Agente Comunitário de Saúde - ACS.***

Exemplos:

- A capacidade de autocuidado;
- Letramento em saúde;
- Suporte familiar;
- Condições socioeconômicas (baixa escolaridade, baixa renda e condições de habitação inadequadas).



São outros fatores importantes que caracterizam a situação da pessoa e seu contexto de vida e, nas situações de insuficiência, podem determinar de maneira negativa a saúde da pessoa (Brasil, 2020a).

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

São aqueles que não podem ser alterados, como idade, sexo, histórico familiar e genética.

COMO INSERIR NO PEC ?

- História familiar de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau (Infarto Agudo do Miocárdio - IAM ou Acidente Vascular Cerebral - AVC pai/irmão < 55 anos ou mãe/irmã < 65 anos.



(CID 10): Z82.4;

(CIAP 2): K22

no campo observações especificar

- Idade (homem > 55 anos e mulher > 65 anos)



(CIAP 2): K22

no campo observações especificar



FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



São aqueles que podem ser alterados ou controlados através de mudanças no estilo de vida ou tratamento. São eles:

DISLIPIDEMIA:

- É a denominação para níveis alterados de lipídios (gorduras) no sangue, como colesterol total, colesterol LDL (o "ruim"), triglicerídeos e colesterol HDL (o "bom").

Valores de referência: (Colesterol Total (CT) > 190 /dl; Triglicerídeos (TG) > 150mg/dl; colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) > 100 mg/d; colesterol de lipoproteína de baixa densidade (HDL-c) < 40 mg/dl);



(CID 10): E78
(CIAP 2): T93

SOBREPESO/OBESIDADE

- É o excesso de gordura corporal, em quantidade que determina prejuízos à saúde.

Valores de referência: Índice de Massa Corporal (IMC):
Sobrepeso: entre 25 e 29,9kg/m² / Obesidade 30 kg/m²

- circunferência da cintura > 102 cm nos homens e > 88cm nas mulheres.



(CID 10): E78
(CIAP 2): T93

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



CONSUMO DE ÁLCOOL (≥ 30G/DIA)

- O consumo de álcool diário não pode ser superior ao equivalente a três copos de chope, menos de duas latas de cerveja ou apenas uma dose de uísque ou pinga, o que equivaleria a 30 gramas.



(CID 10): Z72.1

(CIAP 2): A23

no campo observações especificar

TABAGISMO



- É o hábito de consumir com frequência produtos derivados do tabaco que contém nicotina. São exemplos: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-rolo, dispositivos eletrônicos para fumar e outros.

Fumante Passivo: A fumaça do tabaco também causa danos à saúde de fumantes passivos, que inalam essa fumaça e ficam expostos às mesmas substâncias nocivas dos fumantes ativos.



(CID 10): Z72.0

(CIAP 2): A23

no campo observações especificar

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



DIABETES MELLITUS



- É uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. O diabetes pode causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações como a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS.
- Valores de referência: Glicemia de jejum: ≥ 126 mg/dl;
 - Glicemia por acaso + sintomas: ≥ 200 mg/dl;
 - HbA1c: $\geq 6,5$



(CID 10): E10 ou E11
(CIAP 2): T89 ou T90

INGESTA DE SÓDIO (≥ 2 G/DIA)



- A OMS recomenda que a ingestão diária de sódio seja inferior a 2g, o que equivale a 5 gramas de sal.

Há diferentes fontes de sódio na dieta dos brasileiros, tais como o sal de cozinha, temperos e alimentos processados e ultraprocessados



(CID 10): Z91.8
(CIAP 2): CIAP2: A23

*no campo observações especificar consumo
excessivo de sódio*

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



ATIVIDADE FÍSICA X EXERCÍCIO FÍSICO

- **Atividade Física:** são aquelas que são planejadas, estruturadas e repetitivas objetivando melhorar ou manter as capacidades físicas e o peso, sendo prescritos por profissionais de educação física.
- **Exercício Físico:** envolvem os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente.



Atividade Física no Dia a Dia:

No tempo livre, como por exemplo: caminhar, correr, soltar pipa, dançar, nadar, fazer trilha.

No deslocamento, como por exemplo: caminhar, pedalar, remar, patinar.

No trabalho ou estudo, como por exemplo: plantar, capinar, colher, pedalar, limpar, varrer, lavar, ordenhar, carregar objetos.

Nas tarefas domésticas, como por exemplo: cuidar das plantas, cortar a grama, fazer compras, dar banho nas crianças.



FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



SEDENTARISMO

- É a não realização de atividades físicas planejadas e estruturadas objetivando a melhora ou manutenção dos componentes físicos, como a estrutura muscular, a flexibilidade e o equilíbrio.



(CID 10): Z72.3

(CIAP 2): A23

no campo observações especificar

ATENÇÃO! CIAP 2 PODE SER ESPECIFICADO DE FORMA DIFERENTE A DEPENDER DO CONTEXTO

- Quando o motivo do atendimento for o sedentarismo
- Na promoção de hábitos saudáveis por meio de aconselhamento e educação
- Na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como por exemplo: diabetes e hipertensão

Segundo a OMS para cada faixa etária existe uma recomendação de tempo mínimo de atividade física semanal:

Adultos: No mínimo 150 minutos de atividade física 2 vezes por semana.

Crianças e jovens de 5 a 17 anos: No mínimo 60 minutos de atividade física por dia 3 vezes por semana.

Idosos: Têm as mesmas recomendações dos adultos porém com atividades mais focadas em exercícios de equilíbrio para prevenção de quedas e manutenção das atividades diárias

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS



SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

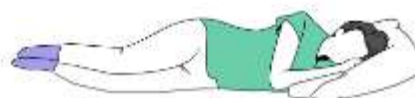
- É uma condição que gera obstruções repetitivas da garganta durante o sono, causando apneias (pausas respiratórias mínimas de 10 segundos) e/ ou hipopneias recorrentes (quase apneias).



(CID 10): G47.3

(CIAP 2): P03

no campo observações especificar



SÍNDROME METABÓLICA

- É um conjunto de fatores de risco que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes; como por exemplo resistência insulínica, sendo também conhecida como síndrome da resistência à insulina, levando o corpo a produzir mais insulina, elevando seus níveis no sangue e agindo menos no corpo. Está associada à obesidade, alimentação inadequada e ao sedentarismo.



(CID 10): E88

(CIAP 2): T99

no campo observações especificar

DOCUMENTOS NORTEADORES



REFERÊNCIAS

