

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAVID FACIOLI BORGES

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de artigo como requisito a formação no Bacharelado em Enfermagem no UniCEUB, sob orientação da Docente Ms. Valéria Cristina da Silva Aguiar.

BRASÍLIA
2019

***“Saber não é suficiente; é preciso aplicar. Querer não é suficiente; é necessário fazer”
Goethe***

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

David Facioli Borges¹
Valéria Cristina da Silva Aguiar²

Resumo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são a principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsáveis por 68% das mortes no mundo em 2014 e 74% no Brasil, em 2016. Basicamente, a instalação dessas doenças depende de maus hábitos de vida persistentes, sendo possível destacar quatro principais e comuns fatores de risco: uso habitual de tabaco, má alimentação, sedentarismo e consumo de álcool. Dito isto, a assistência em saúde para esses tipos de doenças deve se basear, fundamentalmente, na atenção básica estruturada em redes de atenção à Saúde por meio do autocuidado apoiado. Este artigo foi elaborado através de uma revisão de literatura do tipo narrativa com o recorte histórico de coleta dos dados entre os anos de 2014 a 2019. Por meio dessa revisão foi possível conhecer a atuação do enfermeiro na atenção primária frente à promoção de saúde e prevenção das complicações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas. Maus Hábitos de Vida. Autocuidado apoiado.

Abstract

Chronic Noncommunicable Diseases are the leading cause of death worldwide, accounting for 68% of the world's deaths in 2014 and 74% in Brazil in 2016. Basically, the onset of these diseases depends on unhealthy habits, and it is possible to highlight four main and common risk factors: habitual tobacco use, poor diet, sedentary lifestyle and alcohol consumption. That said, health care for these types of diseases should be based, fundamentally, on structured basic care in health care networks through self-care support. This article was elaborated through a literature review of the narrative type with the historical data collection from the years 2014 to 2019. Through this review it was possible to know the nurse's performance in primary care in relation to health promotion and prevention complications of NCDs.

Keywords: Chronic diseases. Unhealthy habits. Self care support.

1 Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UniCEUB;

2 Docente Ms. do Curso de Bacharelado em Enfermagem do UniCEUB.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são resultados da predisposição individual, ou seja, do componente genético, dos hábitos de vida e de alterações fisiopatológicas que resultam em um estado não saudável para o indivíduo (RENZO *et al.*, 2018).

Apresentam início gradual, com duração longa ou incerta que, em geral, mostram múltiplas causas e, cujo tratamento, envolve, além da mudança de hábitos, um processo de cuidado contínuo por toda a vida (BRASIL, 2014a).

Assim sendo, são classificadas como a principal causa de morte em todo o mundo e, por conseguinte, configuram um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade moderna (RENZO *et al.*, 2018).

Diante disto, apesar do variado escopo de doenças crônicas (DC) existentes, é possível definir as doenças cardiovasculares (DCV), doenças respiratórias crônicas (DRC), diabetes mellitus (DM) e as neoplasias malignas como as principais representantes dessa classe, devido ao alto grau de acometimento na sociedade (BRASIL, 2018a).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, indicam que as DCNTs foram responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de óbitos ocorridos no mundo em 2012. No Brasil, essas doenças são proporcionalmente expressivas, uma vez que, em 2011, foram responsáveis por 68,3% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e a diabetes (5,3%) (BRASIL, 2018c).

Ademais, é possível entender a condição crônica como uma experiência de vida permanente que pode causar disfunções orgânicas, alteração no padrão de vida, acarretando na necessidade de readaptação psicossocial e redução na expectativa de vida quando não tratada adequadamente (MARTINS *et al.*, 2015).

Outrossim, podem ocorrer consequências para a família, comunidade e, em especial, às populações de baixa condição socioeconômica, por serem, em sua maioria, mais desamparados e terem menor acesso aos serviços de saúde e práticas preventivas e de promoção à saúde (MALTA, 2017).

Apesar de terem causas multifatoriais, estudos indicam que o aumento das DCNTs está alicerçado em quatro principais fatores de risco comportamentais: o tabagismo regular, a falta de atividade física, o uso de álcool frequente e, por último, a ingestão de alimentos não saudáveis. Assim, as intervenções em saúde visando esses fatores, resultariam em uma maior eficácia na redução do número de óbitos (FERRARI, 2018)

A Conferência de Alma-Ata (1978) reiterou a saúde como direito fundamental humano e como meta social mundial. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, iniciou o processo de reorganização da atenção à saúde

estabelecendo que um forte nível de Atenção Primária de Saúde é a base para todo o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Desta maneira, pela Portaria N. 2488, em 2011, foi consolidada a Política Nacional de Atenção Básica, sendo esta revisada pela portaria N. 2436/2017, onde atua em seu mais alto grau de ordenação descentralizada de forma a capilarizar suas ações, produzindo um contato estreito com a sociedade e, desse modo, facilitando o acesso da população à saúde básica (OPAS, 2018).

Segundo a PORTARIA Nº 2436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (BRASIL, GM, Art. 2º):

"A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária (AP) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária."

Desse modo, a melhor e mais importante estratégia para consolidação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica é a estratégia de saúde da família (ESF) e equipe da atenção básica (EAB). Esses fatores são conhecidos como o ponto chave para a qualificação e expansão da AB, por meio de uma equipe multiprofissional, a fim de favorecer o potencial de resolubilidade sobre as doenças, trazendo melhoria na qualidade de vida do indivíduo e coletivo (BECKER *et al.*, 2018).

Dito isto, dentro da articulação multiprofissional proporcionada pela atenção básica, a atuação do enfermeiro é realizada de forma singular para com o indivíduo, família e comunidade, estando comprometido com ações e práticas de educação, promoção à saúde, prevenção da instalação dessas doenças e possíveis complicações ocasionadas por elas, isto é, melhorar a qualidade de vida sob o ponto de vista da atenção integral (COSTA *et al.*, 2014).

Assim sendo, para que os arranjos organizativos para o cuidado contínuo e integral em saúde aconteçam, de fato, à partir dos níveis de atenção básica, permeando por diferentes níveis da assistência até chegar em níveis de maior especificidade e complexidade tecnológica, é necessário estabelecer, à partir de redes de atenção redes de atenção a Saúde (RAS), sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2014b).

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de sua população adscrita; todos os mecanismos de gestão das redes de atenção e trabalho profissional, para que isso ocorra, devem ser bem articulados por intermédio de princípios e diretrizes baseados em comunicação e responsabilização do cuidado (CASSETARI; MELO, 2017).

O objetivo desse estudo é conhecer as publicações científicas acerca da atuação do enfermeiro na atenção primária frente à promoção de saúde e prevenção de complicações das DCNTs.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, do tipo narrativa com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias.

Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), Google Acadêmico, US National Library of Medicine (PubMed), Livraria Digital Cochrane, na série históricas de 2014 a 2019.

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Enfermagem”, “Atenção Primária”, “Doenças Crônicas Não Transmissíveis”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referentes à revisão bibliográfica; artigos em que os descritores utilizados estejam contidos no título e resumo e que estejam publicados e indexados nos referidos bancos de dados, sendo selecionado e utilizado 39 artigos para confecção desse trabalho científico.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Implicações gerais

As condições crônicas são condições de saúde que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do próprio sistema saúde, dos profissionais de saúde envolvidos e, principalmente, por parte dos próprios pacientes para o seu controle de maneira efetiva, eficiente e qualificada (MENDES, 2018).

Diante de uma sociedade que vive e preza por seu desenvolvimento social e econômico, as DCNTs representam um grande entrave para todos. Desse modo, as patologias crônicas de maior índice de morbimortalidade são o principal alvo de iniciativas globais, principalmente em países subdesenvolvidos, focadas em ações preventivas e de controle (LEAL *et al.*, 2018).

Estudos estimam um dispêndio de aproximadamente US\$ 7 trilhões durante os anos de 2011 a 2025 em países de baixa condição econômica relacionadas às DCNTs. Dessa maneira, reduzir a carga global das principais doenças desse grupo seria um grande passo para o desenvolvimento socioeconômico nesses países (MALTA, 2017).

De acordo com análises da *Global Burden Of Disease* (GBD), o aumento das DCNTs é, em parte, devido ao crescente aumento da expectativa de vida da população, à

diminuição da mortalidade prematura por doenças infectocontagiosas, infantis e maternas incluindo um estilo de vida habitualmente não saudável (WHO, 2018).

3.2 Fatores de risco e epidemiológicos causais

Diante disso, podemos salientar que, além de fatores de risco tradicionais como o tabagismo, consumo exacerbado de bebida alcoólica, atividade física insuficiente e alimentação inadequada, os fatores de risco decorrentes das desigualdades sociais, do acesso à informação e aos bens e serviços e baixa escolaridade também desempenham papel incisivo na determinação dessas doenças (OPAS, 2019).

Desse modo, a transição dos condicionantes de saúde para que se estabeleça uma situação de predomínio nas condições crônicas, em tempo modernos, se expressa em quatro grandes dimensões complementares: a transição demográfica, que diz-se respeito ao envelhecimento generalizado da sociedade; a transição nutricional, que causa um aumento de pessoas com disfunções metabólicas; a transição tecnológica, que indica o paradoxo da alta produção e pouco uso efetivo na cura; e a transição epidemiológica, que nos leva à tripla carga de doenças, as doenças por origem infecciosa, as por causas externas e por condições crônicas (MENDES, 2018).

Os determinantes da saúde têm atribuições causais de cerca de 20%-30% para o gene, 15%-20% para fatores socioeconômicos, 40% para comportamentos individuais de saúde, 10%-15% para cuidados de saúde e 5%-10% atribuídas ao ambiente físico. A terapia médica inadequada ou indisponível, portanto, contribui surpreendentemente pouco para a saúde. Em contraste, a força predominante do comportamento exerce um efeito 4 vezes maior sobre o bem-estar (SALINAS; KONES, 2017).

Assim, fica claro que melhorar o autocuidado nos níveis individual, familiar e comunitário pode produzir um grande impacto na saúde total. Entretanto, é possível observar que comportamentos adversos à saúde são mais prevalentes entre aqueles com baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade e acesso limitado a cuidados de saúde, ampliando assim o risco de disparidades (OPAS, 2018).

Não obstante, pessoas de todas as faixas etárias, regiões e países são afetadas por fatores de risco que contribuem para o surgimento dessas doenças, seja por dietas pouco saudáveis, inatividade física, exposição à fumaça do tabaco ou uso descontrolado de álcool. Ainda assim, as evidências mostram que 15 milhões de todas as mortes atribuídas às DCNTs ocorrem entre as idades de 30 e 69 anos. Destas mortes, estima-se que mais de 85% ocorram em países subdesenvolvidos (WHO, 2018).

3.3 Doenças crônicas mais prevalentes na população

Anualmente, as doenças respiratórias crônicas são responsáveis por quatro milhões de mortes no mundo e, embora tenha sido observada uma tendência na redução da mortalidade quando ajustada pela idade, continuam contribuindo com uma elevada patogenicidade, recebendo menos atenção do que outras DCNTs. No Brasil, asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ocupam o terceiro lugar no que diz respeito à mortalidade e representaram 8,2% e 10%, respectivamente, das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) devido a doenças respiratórias no ano de 2016 (LEAL, 2018).

Do grupo de DCNTs, as DCV são consideradas a causa de mortalidade mais importante no mundo. No Brasil, são responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes. Muito embora tenha sido verificada uma recente redução como causa de mortalidade, não se pode observar o mesmo como fator de morbidade, o que traz consigo grande impacto no custo das internações hospitalares no País (MASSA, 2019).

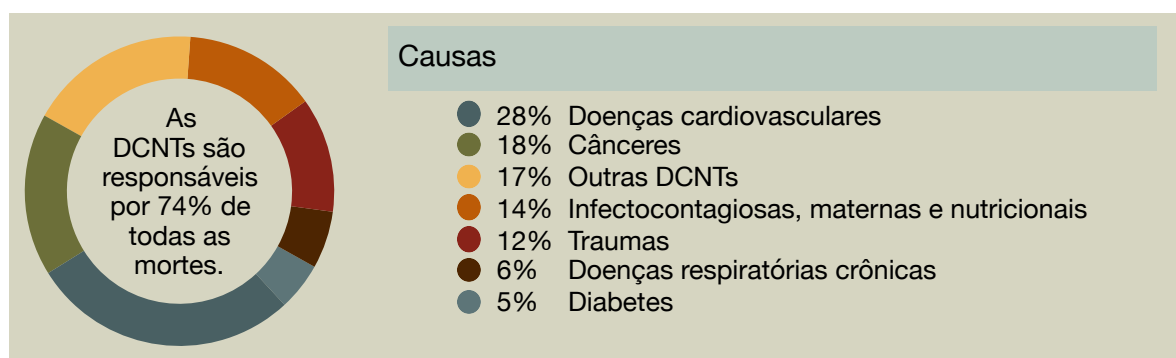
A OMS estima que a glicemia não controlada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por hipertensão arterial e uso habitual de tabaco (IDF, 2017).

A DM é considerada um importante e crescente problema de saúde independente do seu estágio de gravidade. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que 8,8% da população global entre 20 a 79 anos estavam com essa doença. Se as tendências atuais continuarem, o número de pessoas diagnosticadas por essa patologia será superior a 642 milhões em 2040 (SBD, 2017).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Em nível global, estudos apontam a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (INCA, 2017).

Dentro desse panorama, a proporcionalidade de causas de morte ocorridas em 2016 é de 28% para as doenças cardiovasculares, de 18% para todos os tipos de câncer, 14% para doenças infectocontagiosas, maternas e nutricionais, de 12% para os traumas, 6% para doenças respiratórias crônicas, 5% Diabetes e 17% para outras DCNTs, conforme ilustrado na Figura 1 (OMS, 2018).

Figura 1 - Mortalidade



Fonte: adaptado de OMS (2018)

3.4 Metas e propostas de enfrentamento

O acometimento por essas doenças e seus agravos poderia ser reduzido se ações preventivas baseadas em evidências fossem integralmente colocadas em prática, tais como: detecção precoce dessas doenças; educação para promover mudanças comportamentais; reavaliação do acesso a medicamentos; terapia baseada em evidências; gerenciamento de doenças para iniciar e implementar terapia; e fomentar a adesão ao tratamento (FIP, 2019).

Em setembro de 2011, líderes de diversos países na Assembleia da ONU definiram ações concretas para combater as DCNTs. Em concordância, em 2013, além de aprovar o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis nos anos de 2013 a 2020, a Assembleia Mundial da Saúde aplicou amplo esforço de vigilância com 25 indicadores e 9 metas globais para até 2025. Dentre as metas definidas, constam a redução da mortalidade por DCNT em 25%, a redução dos fatores de risco (tabaco, álcool, sal, inatividade física) e o acesso a medicamentos, ao aconselhamento e a tecnologias para tratamento de DCNT (MALTA, 2017).

Em consonância com esse cenário mundial, no mesmo ano, o Ministério da Saúde juntamente com as diversas áreas de apoio à saúde, elaboraram e propuseram metas nacionais para prevenção e controle das DCNT, destacando-se: redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; detenção do crescimento da obesidade em adultos; redução da prevalência do consumo nocivo de álcool; aumento da prevalência de atividade física no lazer; aumento do consumo de frutas e hortaliças; e redução do consumo de sal (BRASIL, 2018b).

Desse modo, o enfrentamento às DCNTs permeia pela condução de ações e Políticas Públicas, protagonizadas pela Atenção Básica, voltadas para a prevenção e diminuição dos fatores de risco, de modo a reduzir também seus agravos, aumentar o acesso aos cuidados de saúde, sistematização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais como a redução da pobreza e da diferença social (SES, 2017).

3.5 A organização da Atenção Básica

Atenção primária em saúde deve ser estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo em grande parte suas necessidades de saúde (BRASIL, 2015a).

Sistemas de saúde tradicionais são projetados para lidar com condições agudas e emergenciais, produzindo assim um modelo fragmentado ineficiente para o atendimento de pacientes com doenças crônicas. Como resultado, consultas feitas nesse sistema impedem

que os profissionais da saúde avaliem fatores psicossociais, por consequência, o aconselhamento comportamental pode não ser consistentemente entregue aos pacientes (SALINAS; KOBES, 2017).

Nesse contexto, visando dar conta dessa reorganização do sistema de saúde na área das doenças crônicas, foi lançada a Portaria nº 483 de 2014 do Ministério da Saúde, que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNTs, no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado (BRASIL, 2015b).

Essa rede tem como características gerais a organização por um processo contínuo de cuidado de forma poliárquica. Orientam-se tanto para o manejo dos eventos agudos quanto para as condições crônicas dessas doenças, devendo, ao mesmo tempo, ofertar ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas com ênfase no cuidado multiprofissional (MENDES, 2018).

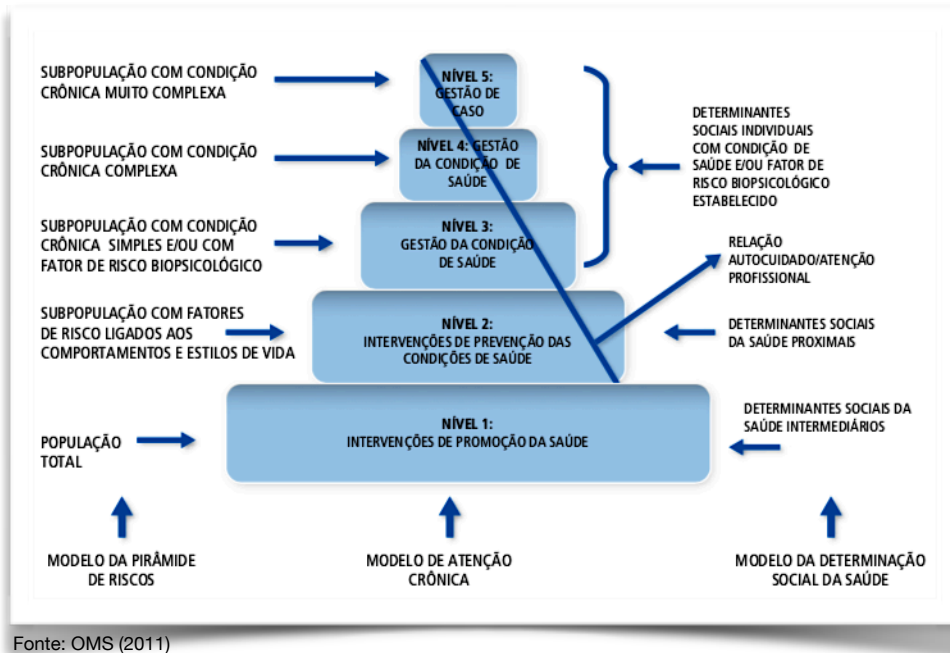
A AB desempenha um importante papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede. É um importante componente estratégico do SUS, em especial, por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima ao cotidiano das pessoas. Cabe às EABs, às ESFs e às outras modalidades de equipes de AP o exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (GERS, 2018).

Entretanto, para que ela, como parte integrante dessa rede de atenção, seja, de fato, robusta e resolutiva capaz de solver quase que a totalidade dos problemas de saúde da população brasileira é necessário perpassar por processos complexos, estruturados em diversos momentos com o objetivo de capilarizar sua atenção: territorialização; o cadastramento das famílias; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014b).

3.6 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

E desse modo, portanto, é importante alicerçar suas ações e diretrizes no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), representado pela Figura 2, desenvolvido por Mendes (2011) a partir do modelo seminal para doenças crônicas Chronic Care Model (CCM) em conjunto com o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) e o Modelo da Determinação Social da Saúde (MDSS). Um modelo construído para clarear o norte da assistência qualificada e, acima de tudo, agregar forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2016).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado com apoio para os portadores de condições de saúde mais simples, ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição crônica estabelecida e manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2015).

Ademais, em vista de impedir o agravamento dessas condições, opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, que correspondem a aproximadamente 80% da população adscrita, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. Desse modo, a estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita em suas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual e gestante de alto risco) (BRASIL, 2014a).

3.7 Atuação da Enfermagem

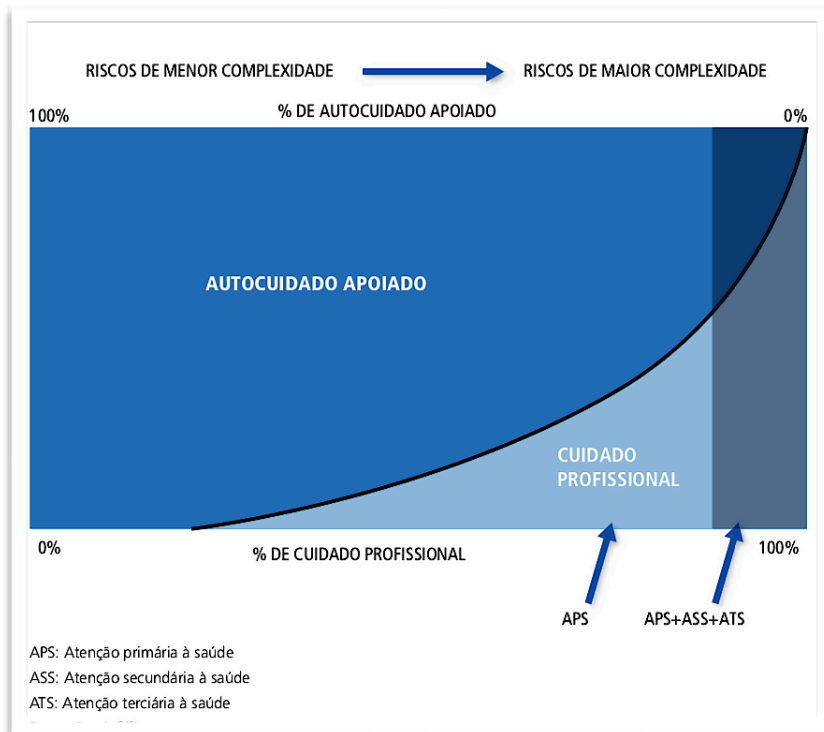
Em decorrência da grande prevalência das pessoas com condições simples no terceiro nível do MACC, onde a assistência é puramente da atenção básica, a assistência da enfermagem e dos profissionais responsáveis por esses pacientes, em vista de melhorar suas condições de saúde para evitar que esses pacientes agravem ou agudizem sua

doença crônica e assim perpassar por outros níveis do MACC, é necessário que se maneje a assistência por meio do autocuidado apoiado (FRAGOSO *et al.*, 2019).

3.7.1 Autocuidado apoiado

Vale ressaltar, que a atenção por meio de consultas face-a-face do profissional de saúde no Brasil nesse nível é mínima (SMSRJ, 2014). Por exemplo, na Inglaterra uma pessoa portadora de diabetes apresenta, em média, 3 horas de atenção frente ao profissional de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

Figura 3 - Espectro da atenção à saúde nas condições crônicas.



Fonte: OMS (2011)

Nessa perspectiva, é importante estreitar relações entre o usuário e a equipe de saúde, para o desenvolvimento de um trabalho compartilhado que defina problemas, metas e estabeleça um plano de cuidados, que poderá passar por ajustes quando necessário (NETO; BARBOSA, 2018)

Desse modo, a assistência sistematizada enfoca em ações educacionais e intervencionais com o objetivo de empoderar os indivíduos para o autocuidado, ampliando as possibilidades de cuidado à pessoa com doença crônica por intermédio de conexões com suportes sociais e grupais, projetos educacionais, informações e recursos (BRASIL, 2014a).

A atenção deve ser de meramente prescritiva e centrada na doença para um foco mais colaborativo e voltado para a pessoa podendo, ainda, passar para a atenção focada na

família e comunidade, por intermédio de conexões com projetos sociais e educacionais em grupos. Assim sendo, os usuários nas relações com os profissionais de saúde deixam de ser pacientes para se tornarem os principais produtores sociais de sua saúde (COLLET *et al.*, 2018).

3.7.2 Racionalização da assistência

Assim, para melhor elucidar os objetivos práticos de uma assistência em enfermagem bem qualificada com vista a prevenir o agravamento das condições de saúde dessas pessoas, é imprescindível que este profissional direcione suas ações de modo a provocar mudanças em três pilares de prioridade (BRASIL, 2014b).

Dito isto, o primeiro envolve as mudanças necessárias ao grupo de problemas no que se refere à aquisição de novas habilidades, didaticamente classificado como habilidades comportamentais ou aspecto clínico, onde o paciente aprende a conhecer e aprende a fazer. Tendo como exemplo, o uso de medicação, cuidado com os pés de pessoas com diabetes, autoferição da pressão arterial e/ou glicemia capilar (SILVA *et al.*, 2017).

Em concordância, o segundo diz respeito ao seu estilo de vida, em como manter a mudança diante de novos papéis que a doença crônica impõe. Aqui o paciente deve aprender a ser e aprender a conviver, a exemplo, uma pessoa com hipertensão que precisa reduzir o sal e as gorduras de má qualidade de sua dieta (BRASIL, 2014b).

Por último, diz-se respeito aos aspectos emocionais ou psicossociais e a mudança de visão do futuro. Os possíveis sentimentos de raiva, frustração, medo, preocupação excessiva com o futuro, cansaço emocional e físico precisam ser abordados com mais cautela com o paciente e sua família (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho educativo realizado pelo enfermeiro deve despertar a consciência do autocuidado, possibilitando reflexões frente às possíveis atitudes para o seu melhor desenvolvimento, e promover a reflexão e compreensão dos sujeitos sobre as causas e as consequências de seu estado de saúde. Logo, é preciso incentivar a autonomia das pessoas e a todos da comunidade, por meio da promoção da saúde, para que possam exercer uma independência sobre sua saúde e evitar o agravamento de condições crônicas.

Qualquer pessoa que não tenha o risco imediato de morte, de certo, tenderá a procrastinar o seu tratamento. Assim como o estado de doença crônica instalada, que foi resultado de um longo período habituado a viver em estresse metabólico, mudar esse estilo de vida abruptamente pode não ser uma tarefa fácil, além de trazer uma possível instabilidade emocional e conseqüente abandono do seu tratamento. Desta forma, o

enfermeiro tem o dever de buscar atualização dos seus conhecimentos, qualificação e se guiar por bases científicas sempre em busca de melhores intervenções, sem perder o espírito motivador que rege a enfermagem: o cuidado humanizado.

Ademais, ainda que o sistema de atenção em saúde das grandes corporações privadas e hospitais públicos esteja focado em tratar prioritariamente o quadro agudo e sintomatológico do paciente, em concordância com seu nível de atenção, possibilitando, assim, a instalação desse grande quadro de doenças da sociedade hodierna, há esforços por parte de políticas públicas voltadas para o fortalecimento da atenção primária e assim mudar esse panorama insustentável.

Destarte, o enfermeiro nesse nível de atenção deve aproveitar sua maior autonomia e formação ideal voltada para esse cenário e conduzir-se por uma mudança realmente efetiva, que se faz, atualmente, tão necessária para a melhoria da qualidade de vida da população em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, S. C. *et al.* Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, out. 2017.

BECKER, R. M. *et al.* Práticas de Cuidado dos Enfermeiros a Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Florianópolis, v. 71, sup. 6, p. 2800-2807, mar. 2018.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro gráfico, p. 292, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria No 483, de 1o de Abril de 2014a**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 abril 2014. Seção 1. p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a Vigilância de DCNT**. 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>> Acesso em: 05 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**, 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>>. Acesso em: 03 mai. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015b. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

CASSETTARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. **Demanda e Tipo de Atendimento Realizado em Unidades de Pronto Atendimento do Município de Florianópolis,** Brasil. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis-SC, v. 26, n.1, p. 1-9, mar. 2017.

COLLET *et al.* Auto cuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para a adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 52, nov. 2018.

COSTA, P. J. *et al.* **Resolubilidade do Cuidado na Atenção Primária: Articulação Multiprofissional e Redes de Serviços.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

FERRARI, C. K. B. **Implementation of Public Health Policies for Healthy Lifestyles Promotion: What Brazil Should Tell Us?.** Health Promotion Perspectives. v. 8, n. 3, p. 243-248. jul. 2018.

FRAGOSO *et al.* Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vivências de Adolescentes. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 289-296, jan. 2019.

FIP. International Pharmaceutical Federation. **Beating non-communicable diseases in the community - The contribution of pharmacists.** The Hague, International Pharmaceutical Federation, 2019.

GERS. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Atenção Básica.** Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/materiais-novos-gestores>>. Acesso em: 27 mai 2019.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas, 8th edn.** Bruchelas: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

LEAL, L. F. *et al.* Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, Out. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo , v. 51, supl. 1, Jun. 2017.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO, F. A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-114, Jan. 2019.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>> Acesso em: 21 mai. 2019.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2019.

MARTINS, L. M. *et al.* Rehabilitation of Individuals with Intestinal Ostomy. **British Journal of Nursing**, London, v. 24, sup. 22, fev. 2015.

NETO, C. G. S.; BARBOSA, M. I. S. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA. SANARE. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 17, n. 01, p. 06-14, jan./jun. 2018.

NOGUEIRA, B. C. M. *et al.* Aspectos Emocionais e autocuidado de pacientes com *Diabetes Mellitus* Tipo 2 em Terapia Renal Substitutiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 27, n. 1, p. 127-134, out. 2019.

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combateram-em-2019&Itemid=875>. Acesso em: 06 mai. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Chefes de Estado se comprometem a liderar a resposta para combater doenças crônicas não transmissíveis e promover saúde mental, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5773:chefes-de-estado-se-comprometem-a-liderar-a-resposta-para-combater-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-e-promover-saude-mental&Itemid=839>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RENZO, L. D. *et al.* Alcoholic Beverage and Meal Choices for the Prevention of Noncommunicable Diseases: A Randomized Nutrigenomic Trial. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, v. 2018, Article ID 5461436, p. 13, jun. 2018.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, out. 2016.

SALINAS, A. M.; KONES, R. Barriers to Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Proposal Modifications to the Voluntary Targets. **Journal of Preventive Medicine**, United Kingdom, v. 3, n. 1, dez. 2017.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SILVA, C. G. *et al.* Cuidados de Enfermagem a Pacientes com Condições Crônicas de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 599-605, abr. 2017.

SES. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL: 2017 a 2022**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2017.

SMSRJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Organização do Acesso na APS**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536118/4175377/18Apresentacao_Acesso2014.pdf>. Acesso em: 4 jun 2019.

World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 06 mai. 2019.