

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FELIPE PINHEIRO CARVALHO

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO NO MODELO DE ATENÇÃO DA SAÚDE BÁSICA
DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

BREVES/ PARÁ

2018

FELIPE PINHEIRO CARVALHO

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO NO MODELO DE ATENÇÃO DA SAÚDE BÁSICA
DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pará, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Roberto Chaves Castro

BREVES/ PARÁ

2018

FELIPE PINHEIRO CARVALHO

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO NO MODELO DE ATENÇÃO DA SAÚDE BÁSICA
DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

Banca examinadora

Professor: Roberto Chaves Castro

Professora: Grace Fernanda Severino Nunes

Aprovado em _____, em ___ de _____ de 20__

DEDICATÓRIA

A minha filha, meu maior tesouro, pela compreensão e apoio em tantas horas de estudo e distancia, a meus pais e meu irmão que são o motor impulsor para minha vida e profissão, a demais família em geral. Aos pacientes que são fonte de inspiração para oferecer cada dia o melhor de mim no trabalho.

Ao Professor Roberto Chaves Castro pela ajuda e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todas as pessoas que, por me apoiarem e confiarem em mim, facilitaram o caminho para superar os obstáculos que foram apresentados durante o desenvolvimento da pesquisa.

Ao Dr. Roberto Chaves Castro, meu tutor que tornou possível superar as dificuldades apresentadas ao longo da minha pesquisa e apresentar o resultado desse trabalho.

RESUMO

Neste trabalho de conclusão de curso, colocamos em debate os empecilhos que contribuem e atrapalham o funcionamento adequado de estratégias de saúde ribeirinhas. É de grande importância esclarecer para as pessoas que não conhecem uma realidade diferente da maioria da sociedade, as dificuldades no funcionamento dessas instituições isoladas e quão grande é o impacto na vida das pessoas que delas dependem. O trabalho foi feito a partir de uma análise sincera de um profissional que vive no meio descrito, comprometido com o funcionamento adequado das unidades de saúde e presencia tais particularidades, por muitos são desconhecidas. Com a intervenção proposta, foi possível adequar a unidade fluvial de saúde à realidade da população local, habituada a viver nos rios, localizando-a em um ponto capaz de atender à comunidade melhor que a unidade fixa, por haver se situado na rota de deslocamento usada pela mesma. Com isto, observou-se uma adesão maior às consultas por parte dos usuários e no aumento efetivo de atendimento e melhoria na qualidade de vida dos profissionais de saúde, visto que o tempo de traslado diário ficou concentrado em ações de saúde fixas, mantendo assim o princípio da territorialidade e personalização do atendimento. Com isto, espera-se oferecer uma experiência a ser analisada por outras unidades em situação semelhante, ousando em sair do convencional, a fim de melhor poder servir a população e os profissionais que realizam o atendimento. Notou-se assim que pequenas mudanças na organização do atendimento são bem-vindas e podem impactar os resultados no tratamento dos pacientes. É preciso coragem para ousar e com a análise exposta, tornaremos visíveis as principais medidas que devem ser tomadas a curto e médio prazo para o funcionamento adequado das estratégias de saúde prejudicadas pela geografia do arquipélago marajoara.

Palavra-Chave: Estratégia Saúde da Família. Comunidades Ribeirinhas.

ABSTRACT

In this work, we discuss the obstacles that contribute to and hamper the proper functioning of riverine health strategies. It is of great importance to clarify for people who do not know a different reality from the majority of society, the difficulties in the functioning of these isolated institutions and how great the impact on the lives of the people who depend on them. The work was done from a sincere analysis of a professional living in the environment described, committed to the proper functioning of the health unit and presence such particularities, by many are unknown. With the proposed intervention, it was possible to adapt the fluvial unit of health to the reality of the local population, accustomed to live in the rivers, locating it in a point capable of attending to the community better than the fixed unit, because it has been located in the route of displacement used by it. With this, it was observed a greater adhesion to the consultations on the part of the users and in the effective increase of attendance and improvement in the quality of life of the health professionals, since the daily transportation time was concentrated in fixed health actions, thus maintaining the principle of territoriality and personalization of service. With this, it is expected to offer an experience to be analyzed by other units in a similar situation, daring to leave the conventional, in order to better serve the population and the professionals that perform the service. It was noted that small changes in the organization of care are welcome and can impact the results in the treatment of patients. It takes courage to dare and with the analysis exposed, we will make visible the main measures that must be taken in the short and medium term for the proper functioning of health strategies hampered by the geography of the Marajoara archipelago.

Keyword: Family Health Strategy. Coastal Communities.

LISTA DE ABREVIATURA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	9
1.2	ASPECTOS DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE.....	9
1.3	SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	11
1.4	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	11
1.5	FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	12
1.6	PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	12
1.7	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	13
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	17
3.1	OBJETIVO GERAL.....	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4	METODOLOGIA	18
4.1	PÚBLICO ALVO.....	18
4.2	DESENHO DA OPERAÇÃO.....	18
4.2.1	ETAPA DIAGNÓSTICA.....	18
4.2.2	ETAPA DE INTERVENÇÃO.....	19
4.2.3	ETAPA DE AVALIAÇÃO.....	19
5	REVISÃO DA LITERATURA	20
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
6.1	SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.....	22
6.2	RECURSOS.....	22
6.2.1	RECURSOS HUMANOS.....	22
6.2.2	RECURSOS MATERIAS.....	23
6.3	CRONOGRAMA.....	23
6.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Breves é um município brasileiro do estado do Pará, pertencente à mesorregião do Marajó. Localiza-se no norte brasileiro, ao sudoeste na Ilha do Marajó.

É uma cidade com uma população de 92.860 pessoas, o município se estende por 9 550,5 km². A densidade demográfica é de 9,7 habitantes por km² no território do município..

Em relação à saúde, o município dispõe de um Hospital Municipal, clínicas privadas que prestam atendimento ambulatorial, além das unidades de Estratégia de Saúde da Família.

A partir de 25 de setembro 2010 passou a funcionar também o Hospital Regional do Marajó onde atende habitante de todo o arquipélago do Marajó, cujo Gestor é o Governo do Estado do Pará. A unidade de Saúde é gerenciada por uma Organização Social, o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, entidade legalmente habilitada no âmbito do Estado do Pará para atuar na área da saúde. O Hospital Conta com 67 leitos, entre os quais tem UTI adulta, Neonatal e Pediátrica; dispõe de um diversificado parque diagnóstico, composto de Tomografia, Ultrassonografia, Ecografia com Doppler, Raios x convencional e em arco, Mamógrafo, Holter, Laboratório Clínico, Agência Transfusional, Endoscopia, Fisioterapia entre outros.

A cidade é abastecida de água e energia - provido pela concessionária estadual COSANPA (Companhia de Saneamento do Pará) e a empresa REDE-CELPA. Curiosamente, apesar de ser uma cidade cercada por rios e igarapés, o fato é que apenas menos da metade das residências recebem água encanada.

A energia elétrica vem do Linhão do Marajó que liga as cidades de Portel com energia vinda da represa de Tucuruí, substituindo a produção de energia por queima de diesel.

1.2 ASPECTOS DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral.

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou cerca de 36 milhões de mortes globais (63%) por DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% das pessoas contam menos de 60 anos de idade, enquanto nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces.

No Brasil, assim como noutros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes. As DCNT são responsáveis por grande custo econômico, repartido entre o sistema de saúde, a sociedade e as famílias. Conforme a OMS, essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países, especialmente daqueles de média e baixa renda.

Um modo de se obterem as informações no diagnóstico de saúde é fazendo uma Estimativa Rápida, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. A Estimativa Rápida é uma ferramenta utilizada para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território. Os problemas de nossa área foram identificados através dessa ferramenta, cumprindo com seus princípios de adaptar as investigações para que elas reflitam as condições e especificidades locais, não coletar dados excessivos ou desnecessários, envolver as pessoas da população tanto na definição de seus problemas quanto na identificação das possíveis soluções, foi feito por nossa equipe da saúde da família em conjunto agentes comunitários de saúde, com líderes da comunidade, trabalhadores dos serviços de saúde entre outros atores. Todas as

entrevistas foram feitas com uma linguagem clara e compreensiva a todos, usou se informação do roteiro etc.

1.3 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema de Saúde de Breves está composto pelos três níveis de atenção, são eles: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, enquanto o Nível Intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgências), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o Atendimento de Média e Alta Complexidade é feito nos hospitais.

As unidades presentes no município são do tipo I, ou seja, possuem uma equipe por unidade.

O Município dispõe de um Hospital Municipal, conta com atendimento médico e ambulatorial privados e, desde de 25 de setembro 2010, também com o Hospital Regional do Marajó, hospital público com 67 leitos, entre os quais tem UTI adulta, Neonatal e Pediátrica; dispõe de um diversificado parque diagnóstico, composto de Tomografia, Ultrassonografia, Ecografia com Doppler, Raios x convencional e em arco, Mamógrafo, Holter, Laboratório Clínico, Agência Transfusional, Endoscopia, Fisioterapia entre outros.

1.4 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A UBS São Miguel, localizada as margens do rio Jacaré Grande, atende a comunidade de mesmo nome, e está há 5 horas de barco da zona urbana do Município de Breves. Trata-se, portanto, de uma região de difícil acesso devido a aspectos geográficos locais, banhada por rios e riachos que se entranham sem fim pela densa floresta amazônica.

A unidade passou, recentemente, por uma grande reforma e processo ampliação, passando do status de posto de saúde (sem equipe completa) para

unidade básica de saúde (equipe completa), com o intuito de brindar à comunidade local o acesso a saúde de maneira facilitada.

A Unidade se encontra em perfeito estado. Conta com estrutura nova, todos requisitos presentes em relação às instalações necessárias: sala recepção, sala de vacinas, sala de curativos, consultório de enfermagem, consultório médico e sala de reuniões, proporcionando espaço adequado para o desenvolvimento e planejamento das atividades preconizadas pelo ministério da saúde para o funcionamento adequado da unidade.

1.5 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

Por conta do isolamento geográfico, as atividades na Unidade são realizadas na forma de “ações de saúde”, ou seja, um grande contingente de profissionais se desloca desde o município para a região: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas, para a realização das práticas de saúde.

Constata-se, então, o funcionamento peculiar da Unidade de Saúde e o alto custo de seu funcionamento.

1.6 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

O perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Santa Cruz, no Município de Breves, PA, pode ser resumido conforme o disposto no quadro abaixo:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à ESF Santa Cruz, no Município de Breves, PA.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiente acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis	Alta	07	Parcial	01
Alta incidência de diarreias agudas	Alta	06	Parcial	02
Alta incidência de doenças infecciosas (malária, leishmaniose, etc., relacionadas com deficiente saneamento)	Alta	05	Parcial	03
Alta incidência de verminose	Alta	04	Parcial	04

1.7 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O problema que foi escolhido para ser abordado é o deficiente acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, relacionado com o Programa de Hiperdia, que acompanha pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, relacionado com a dificuldade de atendimento em uma UBS de difícil acesso em decorrência do isolamento geográfico.

2 JUSTIFICATIVA

No caso do problema de deficiente acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, anteriormente citado e definido como prioridade número 01, podemos enunciá-lo de uma forma mais completa, através do entendimento que cerca de metade dos pacientes com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) não estão controlados por fatores como: insuficiente adesão ao tratamento, estilos de vida e hábitos alimentares inadequados, deficiente conhecimento sobre a doença e suas complicações.

A Equipe de Saúde utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, diante a necessidade de produzir informações adicionais.

Quadro 2 – Valores dos Descritores para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à ESF Santa Cruz, no Município de Breves, PA.

Descritores	Valores	Fontes
Número de pacientes com DCNT	552	SIAB
Número de pacientes com DCNT medicados controlados.	328	Registro da equipe
Número de pacientes com DCNT medicados não controlados	224	Registro da equipe

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agilização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leveduras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. Representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são

responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento.

Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% . Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças.

Seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados por ser na maior parte do seu curso assintomática. Existem múltiplos fatores que favorecem a aparência da doença, entre eles encontram-se os genéticos de causa hereditária, não modificável, e os que em maior porcentagem influenciam negativamente são os relacionados com os estilos de vida tais como: obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, ligadas ao consumo de sal e excessos de gorduras, uso excessivo de álcool, tabagismo e cultura de saúde deficiente que são fatores de risco modificáveis presentes na nossa população.

Nos dias atuais, diante da escassez de recursos e verbas provenientes da União para os municípios, a falta de planejamento para implantação de espaço físico em uma região de difícil acesso impactam, diretamente, em efeitos negativos nas práticas de saúde preventivas e curativas para as populações mais isoladas.

Prevenir, diagnosticar em momento oportuno pouparia tempo para o paciente, custo e gastos para o município no tratamento de complicações crônicas de patologias facilmente tratadas em seu estado inicial e, não menos importante, o na reabilitação de sequelas frente à exposição crônica a determinadas patologias, principalmente as que são mais frequentes na região.

O direcionamento de recursos em uma estratégia, que, de fato, funcione de maneira adequado para proporcionar o serviço de atenção e cuidados médicos é algo factível e que pode ser estudado e adotado por autoridades competentes a curto e médio prazo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Rediscutir a estratégia aplicada tomando em conta de que esta esteja relacionada com a realidade local tomando em conta o isolamento geográfico da região. A implantação de um serviço eficiente, baixo custo, alta/média complexidade e eficiência melhorará, de maneira significativa, os índices epidemiológicos de patologias prevalentes e suas complicações na vida da comunidade ribeirinha.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover debate para captação de ideias relevantes e pessoas comprometidas para execução do trabalho em um cenário diferente, atípico, isolado geograficamente;
- Estimular e buscar a captação de recursos necessários para suprir os custos operacionais junto as autoridades competentes;
- Proporcionar infraestrutura adequada para execução dos atendimentos médicos a população ribeirinha.

4 METODOLOGIA

4.1 PÚBLICO ALVO

As comunidades ribeirinhas às margens do rio Jacaré Grande onde está situada a comunidade São Miguel, no Município de Breves, Estado do Pará.

4.2 DESENHO DA OPERAÇÃO

A zona por onde estão espalhados os habitantes da comunidade São Miguel é muito grande. Se tornaria inviável deslocar-se até a casa de cada família da comunidade, o que acarretaria um alto custo operacional e se tornaria inviável haja vista a grande escassez de recursos.

O ponto crucial seria identificar um ponto de fácil acesso para a localização da UBS fluvial que favorecesse o acesso de todos da comunidade, haja vista que apesar da distância entre as casas serem curtas, os rios que tem forma irregular, quadruplicam a distância entre elas.

Dessa maneira, se tornaria fácil o acesso tanto da pessoa que mora no ponto mais distante de Breves, como aquela que mora no ponto mais perto, posicionando a unidade entre as das regiões, de modo a facilitar o acesso.

4.2.1 ETAPA DIAGNÓSTICA

Nesta etapa primeiramente se capacitou toda a equipe de saúde sobre as principais doenças crônicas não transmissíveis, assim como as principais complicações delas, frequência do acompanhamento medico, e o acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde.

Os agentes comunitários de saúde selecionaram de forma aleatória os pacientes em cada micro área, tendo sempre em conta que os mesmos estivessem cadastrados na equipe e apresentem doenças crônicas não transmissíveis,

encontrarem-se medicados e não estiverem controlados, com disposição para participar do projeto.

Os pacientes selecionados preencheram um questionário que permitiu conhecer o grau de conhecimento que têm os pacientes sobre estilos de vida mais saudável e complicações das doenças que apresentam, composto por 8 perguntas de tipo variadas com mais de uma alternativa de resposta.

A pesquisa foi respondida de forma individual, assegurando a total confidencialidade das informações obtida.

4.2.2 ETAPA DE INTERVENÇÃO

Nesta etapa se executará o projeto de intervenção educativa sobre os temas selecionados segundo as necessidades encontradas após aplicação da pesquisa, serão realizadas palestras e atividades em grupo com frequência semanal durante 6 semanas.

4.2.3 ETAPA DE AVALIAÇÃO

Nesta etapa foi aplicado novamente o questionário, após de a conclusão do programa educativo.

Assim foram determinados os conhecimentos adquiridos pelos pacientes durante a aplicação do projeto de intervenção educativa.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Pressão arterial elevada (hipertensão) é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo. Isso representa, por si só, uma doença, como também um importante fator de risco para outras doenças, principalmente para doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e contribui significativamente para a retinopatia.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, doenças cardiovasculares e, entre estas, a Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) são um problema de saúde de prioridade nas Américas, com enorme impacto social e econômico. Isto é ainda mais evidente quando se considera o fato de que um número apreciável de pacientes, quando eles são detectados pela equipe de saúde, já tem complicações e danos. No mundo, a prevalência estimada para o ano 2025 é de 29,2%, o que significa que um em cada três adultos acima de 20 anos será hipertenso (1,56 trilhões).

Nos últimos anos, multiplicaram-se as ações de saúde essenciais para a prevenção primária da hipertensão com base nas alterações nos estilos de vida, vistas a eliminação ou redução dos fatores de risco principalmente para a redução das gorduras saturadas da dieta, cessação do hábito de fumar, diabetes mellitus, realização do controle de exercícios físicos excesso de peso, controle de gestão de stress, certamente podemos considerar que o médico e a família da enfermeira desempenham um papel importante na realização destas mudanças de comportamento dos indivíduos e da população.

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos adultos do sexo masculino e 30% das mulheres e é o risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representa as duas maiores causas isoladas de mortes no país.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associada, frequentemente, a alterações funcionais ou estruturais de órgãos como o coração, cérebro, rins e sangue de vasos

e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais.

O ganho de peso e obesidade são fortes e independentes dos fatores de risco para a hipertensão. Estima-se que 60% dos indivíduos hipertensos têm mais de 20% do excesso de peso.

Entre as populações, a prevalência de hipertensão arterial aumenta em relação a ingestão de sal de cozinha (NaCl) e diminui em relação a ingestão alimentar cálcio e potássio. Enquanto fator ambiental, contribuem o consumo de álcool, estresse emocional e baixos níveis de atividade física. No que diz respeito as complicações, a hipertensão pode estar associada a problemas como infarto agudo do miocárdio, doenças vasculares cerebrais, doença renal crônica, doença vascular periférica. Pressão arterial alta também é chamada de assassino silencioso, devido ao fato de que muitos pacientes não têm sintomas da doença, dificuldade em estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação.

Tudo isso pode levar a ausências no trabalho, aposentadoria, por causa da deficiência, alto custo para a família e a saúde pública, comprometendo renda, tratamento e reabilitação. Na busca do controle por tudo o que é problemático, o Ministério da Saúde do Brasil criou, em 2002, um programa para registro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos de toda a população afetada por esta doença. Esse sistema permite o acompanhamento dessas pessoas através da saúde pública, com definição do perfil epidemiológico e planejar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e reduzindo o custo social.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Existem fatores de agravamento da HAS que devemos levar em conta como possíveis causas na sua falta de controle adequado, dentre eles os mais importantes são:

- Falta de alimentação saudável;
- Obesidade;
- Sedentarismo;
- Consumo de álcool;
- Tabagismo;
- Nível de informação;
- Pressão social;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

Quadro 3 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema da estrutura dos serviços de saúde em hipertensão arterial, na população sob responsabilidade da ESF Santa Cruz, no Município de Breves, PA.

NÓ CRÍTICO	DESCRIÇÃO
Operações	-Identificar o nível de conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial -Modificar os fatores de riscos da hipertensão
Projeto	Intervenção educativa
Técnicas Didáticas	-Técnicas educacionais e participativas -Programa educativo -Recursos áudio visuais
Controle dos Recursos Críticos	-Médico- Enfermeira
Ações Estratégicas	-Aulas
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	- Equipe de saúde (médico, enfermeira, ACS)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	-A partir de 09/2018, serão aplicados questionários a esta população, a fim de avaliar o conhecimento adquirido durante este período e, portanto, determinar quanto mudaram seus conhecimentos

6.2 RECURSOS

6.2.1 RECURSOS HUMANOS

- Para o Deslocamento:
 - 1 Comandante de Embarcação
 - 3 Membros e Tripulação
 - 1 Policial Efetivo
- Para Execução da Ação:
 - 1 Profissional Médico
 - 1 Profissional de Enfermagem
 - 1 Farmacêutico
 - 2 Técnico de Enfermagem
 - 1 Coordenadores da Ação
 - 1 Auxiliares de Coordenação

6.2.2 RECURSOS MATERIAS

- UBS fluvial, que consta de: sala de enfermagem, sala de remédios, sala de curativos, consultório medico, consultório odontológico, sala de enfermaria, laboratório, dormitório adequado para equipe, cozinha e refeitório
- Combustível
- Combustível reserva
- Material médico
- Medicamentos
- Alimentação adequada para tripulação

6.3 CRONOGRAMA

A duração da ação deverá tomar em conta o número de usuários que comparecem no sistema, levando em consideração que cada consulta médica ou odontológica tem seu tempo estipulado de acordo com cada particularidade.

No geral, as ações terão em média 3 dias de duração, tempo suficiente para atender a população e para evitar o desperdício de material utilizado na permanência da equipe naquele local.

Quadro 4 – Cronograma de Atividades.

2018 ATIVIDADES	Jan-Fev	Mar-Abr	Mai-Jun	Jul-Ago	Set-Out	Nov-Dez
Elaboração do plano de ação	X					
Apresentação do projeto à equipe	X					
Etapa 1: Coleta de dados		X	X			
Etapa 2: promover oficinas			X			
Etapa 3: Palestras e atividades educativas				X		
Etapa 4: avaliação do projeto na equipe de saúde					X	
Entrega do trabalho						X

6.4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se conseguir:

- Reduzir 10% o número de internações por complicações da HAS na comunidade;
- Capacitar 60% dos familiares para o reconhecimento dos fatores de risco que desencadeiam a hipertensão;
- Capacitar 100% dos profissionais de saúde na promoção e prevenção de saúde e para diminuir a Hipertensão arterial;
- Aumentar em 40% a boa prática do exercício físico; dieta saudável; adesão ao tratamento.

Haverá uma redução brusca de pessoas que procuram o hospital municipal em busca de ajuda por problemas que podem ser resolvidos na atenção primária de saúde, sobrecarregando o sistema que já é ineficiente, tornando-o mais lento e cada vez pior.

Após a aplicação real do projeto e do empenho em manter o seu bom funcionamento, espera-se reduzir os danos provocados por patologias/complicações

preveníveis na população ribeirinha em questão por consequência do isolamento geográfico que às afetam.

É comum saber de casos em que pacientes encontram-se sequelados pelo fato de que por morarem longe dos centros urbanos, os mesmos optam por não buscar ajuda em um lugar tão distante, haja vista que a maioria da população é de baixa renda e sobrevive de atividades extrativistas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão de curso, colocamos em debate os empecilhos que contribuem e atrapalham o funcionamento adequado de estratégias de saúde ribeirinhas.

É de grande importância esclarecer para as pessoas que não conhecem uma realidade diferente da maioria da sociedade, as dificuldades no funcionamento dessas instituições isoladas e quão grande é o impacto na vida das pessoas que delas dependem. O trabalho foi feito a partir de uma análise sincera de um profissional que vive no meio descrito, comprometido com o funcionamento adequado das unidades de saúde e presencia tais particularidades, por muitos são desconhecidas.

Com a intervenção proposta, foi possível adequar a unidade fluvial de saúde à realidade da população local, habituada a viver nos rios, localizando-a em um ponto capaz de atender à comunidade melhor que a unidade fixa, por haver se situado na rota de deslocamento usada pela mesma. Em se fazendo assim, observou-se uma adesão maior às consultas por parte dos usuários e no aumento efetivo de atendimento e melhoria na qualidade de vida dos profissionais de saúde, visto que o tempo de traslado diário ficou concentrado em ações de saúde fixas, mantendo assim o princípio da territorialidade e personalização do atendimento.

Espera-se oferecer uma experiência a ser analisada por outras unidades em situação semelhante, ousando em sair do convencional, a fim de melhor poder servir a população e os profissionais que realizam o atendimento. Notou-se que pequenas mudanças na organização do atendimento são bem-vindas e podem impactar os resultados no tratamento dos pacientes. É preciso coragem para ousar e com a análise exposta, tornaremos visíveis as principais medidas que devem ser tomadas a curto e médio prazo para o funcionamento adequado das estratégias de saúde prejudicadas pela geografia do arquipélago marajoara.

Após a execução de tudo que foi planejado anteriormente e descrito neste trabalho de conclusão do curso, percebe-se que há possibilidade real de

mudança no sistema de saúde municipal que atualmente é lento e ineficaz para as pessoas que moram distantes da cidade, com impacto direto na zona urbana e refletindo diretamente na economia e recursos do município. Trabalhando para melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas, melhoraremos os índices de atenção na cidade, daremos condições dignas de vida e de trabalho para a população ribeirinha que é responsável pela produção de iguarias regionais utilizados no consumo diário de todos do município.

Ao final, tornou-se evidente o surgimento de uma reação em cascata de efeitos positivos sobre boa parte da população, como a mudança em um setor produz um efeito benéfico em outro e que todos foram beneficiados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruce Bartholow DuncanI Dóra ChorII Estela M L AquinoIII Isabela M Bensenor IV José Geraldo MillV Maria Inês SchmidtI Paulo Andrade LotufoIV Álvaro Vigol Sandhi Maria BarretoVI. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** Rev. Saúde Pública vol.46 supl.1 São Paulo Dec. 2012

World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva; 2005 [citado 2012 fev 18]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva; 2011 [citado 2012 dez 23]. Disponível em: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

World Health Organization. **United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control: NCD summit to shape the international agenda.** Geneva; 2011 [citado 2012 fev 12]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/

United Nations. **Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.** Washington, DC; 2012 [citado 2012 fev 5]. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E

Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, coordenadores. **Carga global de doença do Estado de Minas Gerais, 2005: relatório final.** Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais; 2011 [citado 2012 fev 18]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/Estudo%20de%20Carga%20de%20Doencas%20de%20Minas%20Gerais.pdf>

Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Brasília, DF; 2012 [citado 2012 jan 30]. Disponível

em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

Carlini EA, Galduroz JC, e colaboradores. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005.** Brasília, DF; 2007 [citado 2012 ago 8]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11325&rastra

=PESQUISAS+E+ESTAT%3%8DSTICAS%2FEstat%3%ADsticas/Popula%3%A7%3%A3o +geral+brasileira

World Health Organization. **Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper for the World Conference on Social Determinants of Health** [citado 2012 fev 14]. Geneva; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf>

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a Saúde da Família: números da Saúde da Família**. Brasília, DF; 2011 [citado 2012 jan 16]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>

Health Council of the Netherlands. **European primary care**. The Hague; 2004. (Publication 2004/20E). [citado 2012 jan 16]. Disponível em: <http://www.gezondheidsraad.nl/en/publications/european-primary-care>

World Health Organization. **The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)**. Geneva; 2008 [citado 2011 dez 23]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF; 2011 [citado 2011 dez 23]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sala de Imprensa. **POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional** [citado 2012 nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Secretaria de Educação à Distância. **Doenças e agravos não transmissíveis (Dant)**. Porto Alegre; 2010 [citado 2012 nov 1]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/sead/cursos/extensao/2011/doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-dant>