

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**MEDIDAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE
RISCO MODIFICÁVEIS EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS, NA
COMUNIDADE MENIDO DE DEUS DE CURUÇA-AM**

Alan Roger Ribeiro de Souza

Orientador (a): Luciana Mendes

Área temática: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Manaus - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

MEDIDAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS, NA COMUNIDADE MENIDO DE DEUS DE CURUÇA-AM

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Luciana Mendes

Alan Roger Ribeiro de Souza

Manaus - AM

2020

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	06
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	10
4. CASO CLÍNICO.....	11
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	15

RESUMO

O portfólio geral apresenta um breve histórico sobre o autor, seguida da caracterização do município da Unidade Básica de Saúde, referida como Posto de Saúde Francisca Garcia. Posteriormente, foi feito um diagnóstico situacional, por meio do qual foi caracterizado a população do território adstrito. Foi também, apresentado um caso clínico de uma paciente diabética descontrolada, a qual foi planejado mudança do estilo de vida como principal ação determinadora do seu processo de tratamento. Por fim, em anexo um plano de intervenção, no qual a metodologia abordada resulta em ações de saúde como meio de prevenir doenças crônicas ou evita-las a partir dos seus fatores de risco modificáveis.

Palavras-chave: atenção básica, doenças crônicas, medicina de família e comunidade

1. APRESENTAÇÃO

Sou Alan Roger Ribeiro de Souza, 29 anos. Nasci em Porto Velho- RO, onde mora minha família, depois me mudei para o município Candeias do Jamari- RO.

A motivação pela medicina veio desde cedo com a vontade de ajudar e cuidar do próximo, principalmente aqueles que mais necessitam. A vontade de enfrentar os desafios e empatia me fizeram ingressar na Universidad Privada Abierta Latinoamericana- UPAL, em Cochabamba- BO.

No segundo semestre de 2011 a graduação se iniciou a qual foi concluída em julho de 2018, a partir de uma defesa médica com apresentação de casos clínicos. A aprovação mediante avaliação final indicaria aptidão por cerca de 6 meses.

Decidi voltar para meu país de origem, onde tive a oportunidade de me inscrever no Programa Mais Médicos e assim o fiz. Por meio dele, realizo minha primeira experiência profissional em atenção básica por meio do Registro do Ministério da Saúde (RMS), pois a revalidação de diplomas para médicos estrangeiros encontra-se “congelado” até o momento, para obtenção do CRM.

O programa me alocou no estado do Amazona, no município de Boa Vista do Ramos, em uma comunidade ribeirinha cerca de 1 hora via fluvial da cidade.

A motivação profissional ainda persiste em ajudar o próximo, com atendimento humanizado e acolhimento em regiões isoladas, onde nunca houveram atendimentos médicos fixos. Espero poder contribuir de maneira eficiente para os brasileiros que tanto necessitam de ajuda.

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

O município de Boa Vista do Ramos possui 19.626 mil habitantes e possui 2 postos de saúde localizados na cidade e 2 postos alocados na zona rural, sendo estes em Santo Antônio do Lago Preto e Menino de Deus do Curuça.

Menino de Deus do Curuça possui cerca de 2.095 habitantes, dos quais 521 famílias estão cadastradas, totalizando 1954 pessoas. A equipe que atende essas famílias é composta por 1 médico generalista, 2 enfermeiras generalistas, 1 técnica de enfermagem, 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal e 11 agentes comunitários de saúde. Estes últimos se distribuem perante as 11 comunidades a qual o Posto de Saúde Francisca Garcia é responsável.

A UBS promove e oferece serviços como Planejamento Familiar, Pré-Natal, Preventivo, Acompanhamento da criança, adolescente e idoso, teste rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, acompanhamento para diabéticos e hipertensos (Hiperdia), além de dispor de salas de curativo, nebulização e odontologia.

O funcionamento da unidade acontece em dois períodos, de manhã e à tarde entre as 7 e as 17 horas.

Os atendimentos se distribuem da seguinte maneira: Segunda-feira são realizados consultas de pré-natal em conjunto com a enfermagem e consultas de demanda espontânea, no período da tarde são realizadas apenas demanda espontânea.

Às terças-feiras, no período da manhã são realizados o preventivo e a tarde demanda espontânea; às quartas-feiras é reservado para consultas agendadas de planejamento familiar, teste rápido e demanda espontânea, no período da tarde reserva-se a puericultura. Durante as quintas-feiras, o período da manhã é reservado para os cadastrados no Programa Hiperdia e consultas de demanda espontânea e pôr fim às sextas-feiras são realizadas as visitas domiciliares, no período da manhã e consultas sem agendamentos no período da tarde.

As visitas domiciliares são agendadas com a presença da equipe em casos de pacientes acamados ou impossibilitados funcionalmente ou psicicamente de se locomover até a UBS.

No mais, todos os programas previstos pelo Ministério da Saúde são oferecidos pela UBS, tais como janeiro roxo, junho vermelho, outubro rosa, novembro azul, entre outros.

➤ FOTO 1: outubro Rosa



➤ FOTO 2: novembro Azul



➤ FOTOS 3: Posto de Saúde Francisca Garcia



➤ FOTO 4: Equipe de Saúde da Família



➤ FOTO 5: Atendimento da população:



3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O território de abrangência do Posto de Saúde Francisca Garcia se caracteriza por precariedade, falta de saneamento básico e fonte de renda advinda da agricultura ou pesca, além de programas sociais como o Bolsa Família.

Em relação a escolaridade, a comunidade Menino de Deus do Curuçá deixa a desejar, uma vez que o índice de escolaridade no ensino fundamental é alta, por ser uma dos requisitos mínimos para receber o Bolsa Família, no entanto os índices decrescem a medida que se avaliam os matriculados no ensino médio ou com ensino superior.

A população não tem acesso a água potável e são culturalmente lacônicas, ou seja, possuem grande dificuldade de comunicação, sendo está imprescindível para criação de vínculo e acolhimento efetivo na atenção básica.

A maioria da população se auto declara parda e os dados epidemiológicos do território se distribuem da seguinte maneira: 19 gestantes, 50 hipertensos, 20 diabéticos, 243 crianças de 0-5 anos e 124 idosos.

Geralmente, são recebidos muitos casos de gestante em trabalho de parto, os quais são realizados os primeiros procedimentos, e em seguida encaminhada pela ambulância para outro nível de atenção. Referências como acidentes de trabalho em sua maioria precisam de atenção especializada como a avaliação do ortopedista e para tanto também são realizados encaminhamentos para o serviço de referência.

Entretanto, os desafios maiores são em relação ao fortalecimento de políticas públicas com as ações de prevenção e promoção a saúde, para maiores e melhores resultados, com o intuito de preparar a população futura para um estilo de vida mais saudável para que não estejam tão propensos a adoecimentos.

Vale fomentar que a cada 15 dias são feitas palestras na escola da comunidade para os alunos e população de forma geral ou para um grupo específico, de modo a reforçar os serviços de promoção e prevenção a saúde dos usuários para menores adoecimentos e diminuição das doenças prevalentes na região.

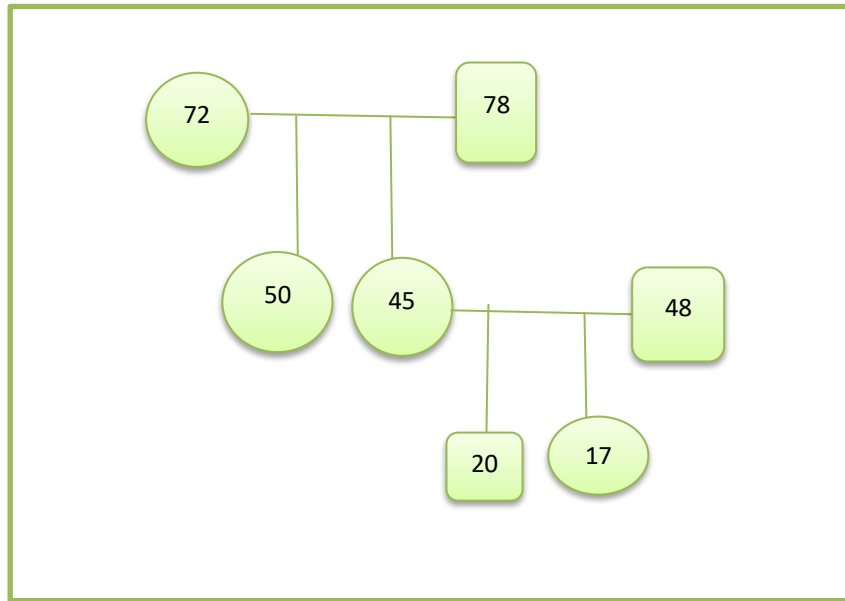
4. CASO CLÍNICO

Associar a Diabetes mellitus à obesidade é cada vez mais comum, fato que influencia no estilo de vida individual e coletivo do usuário.

ANAMNESE:

- **Identificação:** S.R.C. L, 45 anos, feminino, ensino médio, casada, professora
- **Queixa Principal:** corrimento vaginal há 2 dias
- **História da Moléstia Atual:** Paciente tem diagnóstico de DM tipo 2 sabidamente a 5 anos, em uso de metformina 850mg, 1 comprimido 2 vezes ao dia. Refere corrimento vaginal esbranquiçado, sem odor, refere prurido há 2 dias.
- **Interrogatório Sintomatológico:**
 - **Geral:** nega perda de peso ponderal, sudorese noturna, câimbras, astenia e adinamia
 - **Pele e Fâneros:** nega alterações na pele, queda de cabelo, alterações de cor ou umidade
 - **Cabeça e Pescoço:** nega alterações visuais, otalgia, disfagia, cefaleia
 - **Tórax:** nega dispneia, tosse, dor torácica
 - **Abdome:** hábitos intestinais normais, nega alterações
 - **Geniturinário:** nega disúria, colúria
 - **Membros:** nega alterações em articulações e membros
- **Antecedentes Pessoais:**
 - **Obstétrico:** G2P2A0; ciclos menstruais regulares
 - **Patológico:** Glicemia ocasional aumentada (>200mg/dl) aos 40 anos, nega alergias e cirurgias prévias
- **Antecedentes familiares:** Mãe hipertensa e diabética insulino-dependente; irmã hipertensa; pai hígido

➤ **Genograma:**



- **Hábitos de Vida:** tabagista 8-10 cigarros/dia, nega etilismo, refere sedentarismo e comidas gordurosas
- **Exame Físico:**
- **Sinais Vitais:** Temperatura: 36,5°C; PA: 135x90mmHg (limítrofe); FC: 70bpm; FR: 19rpm
 - **Medidas Antropométricas:** Peso: 96kg, altura: 1,61m
 - **Estado Nutricional:** IMC > 30 e < 39,9 (Obesidade)
 - **Geral:** BEG, eupneica, anictérica, acianótica, hidratada, corada
 - **Tireoide:** sem alterações
 - **Exame Respiratório:** tórax atípico, expansibilidade preservada bilateralmente; som claro pulmonar; murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios;
 - **Exame Cardiovascular:** bulhas regulares em 2 tempos, rítmicas, sem sopro;
 - **Exame do Abdome:** globoso; sem úlceras, massas ou lesões; sem alterações à manobra de valsava; presença de RHA; timpânico em todos os quadrantes; hepatimetria 10cm; baço não palpável; traube livre

- **Membros:** sem alterações, pulsos periféricos preservados e simétricos, sensibilidade preservada
- **Exame de fundo ocular:** sinais de retinopatia diabética básica e retinopatia grau 1 da hipertensão arterial
- **Exame Ginecológico:** hiperemia local e presença de corrimento vaginal branco em grumos
- **Conduta:** Nistatina em creme vaginal por 14 dias; solicitação de exames como Glicemia de jejum, ureia, creatinina; filtração glomerular, eletrólitos, hemoglobina glicada, lipidograma.
- **Retorno médico:** Paciente refere melhora dos sintomas e é analisado o resultado dos exames:
 - Glicemia de jejum: 210mg/dl
 - Ureia: 26mg/dl
 - Cr: 0,6mg/dl
 - FG: 118ml/min
 - Na: 139mmol/L
 - K: 4,0 mmol/L
 - HbA1: 8,6%
 - Colesterol total: 291mg/dl
 - HDL: 47mg/dl
 - LDL: 160mg/dl
 - Triglicerídeos: 101mg/dl
- **Plano terapêutico:** Diminuir a resistência insulínica afim de melhorar a função beta pancreática com mudança do estilo de vida e hipoglicemiantes orais. A dieta deve ser individualizada de acordo com as suas necessidades calóricas diárias. Atividade física nesse caso é imprescindível, pois diminui a hiperinsulinemia e aumenta a captação muscular de glicose, melhora o perfil lipídico e controle da pressão, além da sensação de bem estar psicológico decorrente.
- **Segundo Retorno Médico:** Após 3 meses em tratamento, foi solicitado exames na visita domiciliar.
 - **PA:** 130x85 mmHg

- **FC:** 70bpm
- **FR:** 19irpm
- **Medidas Antropométricas:** Peso: 85kg; Altura :1,61
- **Resultado dos exames:**
 - Glicemia de jejum: 127mg/dl
 - HbA1: 7,4%
 - Colesterol total: 204mg/dl
 - HDL: 40mg/dl
 - LDL: 154mg/dl
 - Triglicerídeos: 89mg/dl
- **Considerações:** a partir das medidas adotadas com a mudança de estilo de vida, associada ao medicamento já em uso, a paciente perdeu peso e reduziu o valor dos exames atingindo a meta estabelecida pela Sociedade Brasileira de Diabetes e American Diabetes Association: HbA1c <7% e Glicemia de jejum entre 70-130mg/dl e pós prandial <180mg/dl. Dessa forma, reafirma-se que doenças crônicas podem ser prevenidas ou evitar complicações a partir de mudança de estilo de vida.

5. ANEXO - Projeto de Intervenção

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

MEDIDAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS, NA COMUNIDADE MENIDO DE DEUS DE CURUÇA-AM

Alan Roger Ribeiro de Souza

Orientador(a): Luciana Mendes

Área temática: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Manaus - AM

2020

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

MEDIDAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS, NA COMUNIDADE MENIDO DE DEUS DE CURUÇA-AM

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Visa elaborar um Projeto de Intervenção em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a): Luciana Mendes

Alan Roger Ribeiro de Souza

Manaus - AM

2020

SUMÁRIO

Resumo	18
Introdução e Justificativa	19
Objetivo Geral e Específico	22
Metodologia da Intervenção.....	23
Recursos necessários para execução	25
Cronograma	28
Proposta de avaliação	29
Referências	30

RESUMO

O trabalho tem como alvo a comunidade Menino de Deus do Curuça, no município de Boa Vista do Ramos-AM. Essa comunidade, abrange cerca de 11 comunidades, as quais possuem alto índice de comorbidades crônicas. O projeto de intervenção tem o intuito de promover ações em saúde para essa parte da população, afim de propiciar maior adesão ao tratamento regular e seu controle. A partir de revisão bibliográfica foi mostrado que os fatores de risco modificáveis quando identificados e prevenidos podem resultar em maior qualidade de vida e redução de indicadores de morbimortalidade, no Brasil. Dessa maneira, o projeto foi organizado em 5 etapas, as quais teve como prioridade a capacitação da equipe de saúde sobre doenças crônicas, com o intuito de providenciar a busca ativa de usuários para que em uma das etapas pudessem participar de grupos comunitários. Nos grupos, serão realizadas palestras com temas específicos. O objetivo principal é promover atividades de educação em saúde para a prevenção e controle de DCNT.

Palavras-chave: atenção básica, doenças crônicas, medicina de família e comunidade

Introdução e Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) e Ferreira (2008):

“As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas” (BRASIL, 2008 apud FERREIRA, 2014, p. 7).

Doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus representam as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e são responsáveis por 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos), segundo o novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ainda segundo o relatório, das 38 milhões de mortes por DCNT em 2012, 42% eram antes dos 60 anos e evitáveis, quando comparados com os dados do ano 2000 houve um aumento de 14,6 milhões de morte. (WHO,2015)

Cabe ressaltar que três quartos de todas as mortes por DCNT acontecem em países com populações de renda média e baixa. (WHO,2015)

No Brasil, as DCNT constituem um problema de saúde pública, cuja magnitude representa 72% das mortes. Sua epidemiologia se caracteriza por atingir populações e grupos vulneráveis e demandam ações de assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (SCHIMIDT,2011)

Dados do Ministério da Saúde (2011) apontam que 56% dos homens e 44,7% das mulheres acima dos 18 anos estão acima do peso. A Organização mundial da saúde, em 2003 estimou que o sobrepeso é a causa de 58% dos casos de Diabetes melittus tipo 2, 39% dos casos de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), 21% de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 12% das demandas de câncer de cólon e reto. (BRASIL,2011; WHO 2003)

Diabetes melittus (DM) e HAS atingem 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros, as quais são a primeira causa de mortalidade e hospitalizações (BRASIL,2011). Além da mortalidade, são responsáveis por grandes morbidades relacionadas aos casos de amputações, perdas de mobilidade e outras funções neurológicas, as quais promovem perda da qualidade de vida.

As desigualdades sociais, baixa escolaridade e desigualdade no acesso aos serviços de saúde compõem os determinantes sociais que aumentam a prevalência de doenças crônica e os agravos de correntes dessas doenças. (BRASIL, 2013)

Fatores de risco modificáveis como tabagismo, consumo exagerado de bebidas alcoólicas, sedentarismo e alimentação inadequada constituem as principais razões para desenvolver ou agravar doenças crônicas. (BRASIL,2011)

Em relação aos fatores de risco no Brasil, foi evidenciado baixos níveis de atividade física na população adulta, assim como a precariedade do consumo de frutas e hortaliças durante as refeições semanais. Ainda foram relatados grande teor de gordura consumido, deficiência de macro e micronutrientes nas refeições, contribuindo para a prevalência de excesso de peso. (BRASIL,2014)

A partir disso, políticas foram construídas, as quais visam prevenir e monitorar a morbimortalidade em DCNT, são elas: Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, a qual prioriza a alimentação saudável, atividades físicas, prevenção ao do tabaco e álcool por meio de ações integradas e articulações intersetoriais; o Programa Academia da Saúde teve o objetivo de promover saúde por meio de atividades físicas, pelo qual financia programas de atividades físicas; Políticas antitabaco; Políticas de incentivo ao aleitamento materno, guias de alimentação saudáveis, entre outras.

A Atenção Primária de Saúde (APS) tem papel fundamental no combate a doenças crônicas, uma vez que cobre cerca de 60% da população brasileira. Esta atua em território definido, com população adstrita e permite o acompanhamento longitudinal dos usuários, fundamental para a regularidade nos tratamentos. (BRASIL,2013)

Por sua vez a APS tem a maior capacidade e potencialidade de identificar as necessidades de saúde e realizar estratificações de risco, além de ser responsável por promover ações de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da qualidade de vida para a maior parte da população. (BRASIL, 2014)

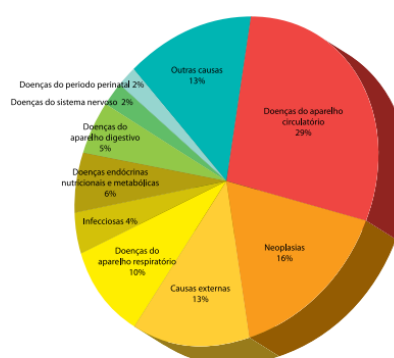
Nesse sentido, o presente trabalho se refere as comunidades adstritas de Menino Jesus do Curuça, pertencente ao município de Boa Vista do Ramos- AM. A região é denominada Massaury e se subdivide em 11 comunidades, as quais possuem apenas o transporte fluvial como meio de acessar os serviços de saúde.

A qualidade vida é precária e de extrema pobreza, com ausência de saneamento básico como esgoto e água potável, possuem crenças em ervas medicinais, baixa escolaridade e predominância culturalmente lacônica.

Majoritariamente, nas 11 comunidades há predominância de portadores de doenças crônicas, as quais foram priorizadas por seu difícil controle. Os portadores de doenças crônicas da região, são resistentes ao tratamento, fazem o uso incorreto das medicações e trabalham o dia todo expostos ao Sol, sem proteção e hidratação adequada, todos esses fatores de risco se somam a alimentação pobre em micro e macronutrientes, consumo exagerado de sal e sedentarismo.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é principal estratégia que permite a organização e expansão da Atenção Básica de Saúde (ABS), como meio de ampliar o acesso aos serviços de saúde para melhor controle de DCNT afim de propiciar melhor qualidade de vida, principalmente a partir da mudança de estilo de vida.

Figura 1 – Mortalidade no Brasil em 2009



Fonte: (BRASIL, 2011d).

Objetivos

Objetivo geral:

- Promover atividades de educação em saúde para a prevenção e controle de DCNT

Objetivos específicos:

- Promover autocuidado dos pacientes com DCNT
- Estimular a adesão ao tratamento não farmacológico
- Melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento de DCNT

Metodologia da Intervenção:

Boa Vista do Ramos, no estado do Amazonas possui cerca de 19.626 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018.

O município abrange 42 comunidades, das quais se destacam Santo Antônio do Lago Preto e Menino de Deus do Curuçá. A intervenção se refere a esta última, a qual se localiza na região Massaury e se subdivide em 11 comunidades.

A comunidade principal Menino de Deus do Curuçá é composta por 1 médico generalista, 2 enfermeiras generalistas, 1 técnica de enfermagem, 1 cirurgião dentista, 1 técnico de saúde bucal, 11 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 funcionário administrativo, 1 funcionário para serviços gerais e 1 motorista para a ambulância.

A UBS que abriga a equipe de saúde é denominada Posto de Saúde Francisca Garcia, a qual se localiza na zona rural ribeirinha há cerca de 20 quilômetros do município.

A urgências e emergências são referenciadas ao hospital municipal de Boa Vista do Ramos através da ambulância. A UBS possui seu funcionamento das 7 às 17 horas da tarde, por um período de 15 dias.

O território possui uma escola municipal que engloba ensino fundamental e médio, no entanto apenas 12 adultos em 2143 possuem ensino superior, de acordo com as informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações do Estado do Amazonas (e-SUS).

O posto de saúde atende 521 famílias e 1954 indivíduos, das quais 1051 são do sexo masculino e 902 são do sexo feminino. Ainda, a maioria possui como ocupação “caseiro” e trabalhador volante da agricultura.

O público alvo do presente projeto é direcionado aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principalmente os portadores de Diabetes mellitus e HAS, que fazem parte do Programa Hiperdia.

Os participantes do Hiperdia totalizam cerca 70 pessoas, representando 27% do total de pessoas que compreendem as comunidades de responsabilidade da UBS.

De maneira mais profunda, vale ressaltar que a comunidade possui 44 pessoas fumantes, 66 fazem uso de álcool, 2 referiram fazer uso de outras drogas e 391 indivíduos referem fazer uso de plantas medicinais. Esses dados revelam a necessidade de intervenção com atividades educativas que visem mudança no estilo de vida, a qual é tão necessária na prevenção de DCNT.

Recursos necessários para execução:

Depois de evidenciar o paradigma que afeta o Posto de Saúde Francisca Garcia, o projeto de intervenções é descrito a partir de atividades em educação em saúde, com o auxílio da ESF, por meio de palestras, vídeos informativos.

A UBS possui grupos de apoio aos pertencentes do Hiperdia, no entanto com a pandemia de 2020 referente ao COVID-19, esses forma suspensos agravando ainda mais o controle desses pacientes. Diante disso o projeto será realizado com o intuito de retomar os grupos e reforçar a necessidade de adesão regular ao tratamento, utilizando-os como apoio para divulgação desse projeto.

A intervenção foi dividida em etapas, sendo elas:

1ª Etapa: Buscar dados estatísticos em registros da unidade básica, atualizações dos grupos para diagnosticar a situação das DCNT;

2ª Etapa: Reunião com a equipe de saúde para propor capacitação dos mesmos referentes aos fatores de risco modificáveis (FRM) que estão envolvidos para a prevenção de DCNT e seus agravos. Nessa etapa recursos como “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde” estariam presentes e norteariam as estratégias, assim como os Cadernos da Atenção Básica referente às DCNT.

Nessa etapa, ainda vale demonstrar os riscos comuns e potencialmente modificáveis, de acordo com as referências citadas no final do projeto.

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	FATORES DE PROTEÇÃO
Hábitos alimentares inadequados	Alimentação saudável
Sedentarismo	Prática de exercício físico
Tabagismo	Não fumar
Consumo excessivo de álcool	Consumo adequado de álcool
Níveis elevados de lipídeos sanguíneos	Níveis sanguíneos adequados de lipídeos
Estresse	Realizar atividades de lazer
Obesidade	Peso adequado
Valores pressóricos elevados	Valores pressóricos adequados.

FONTE: autor

Também será discutido os recursos disponíveis e viáveis para avaliação e monitoramento da adesão ao tratamento.

Dessa maneira, ficou acordado 3 reuniões para a capacitação, 1 por semana as 15 horas da tarde, as quais seriam de responsabilidade das enfermeiras.

PROGRAMAÇÃO	HORÁRIO
09/02/2021	15:00
16/02/2021	15:00
22/03/2021	15:00

3º Etapa: Busca ativa de pacientes com doenças crônicas para participar dos grupos comunitários. Essa etapa seria de responsabilidade do ACS, uma vez que possuem maior contato com as famílias.

Apesar dos grupos já existirem, estima-se que após a pandemia haverá necessidade de busca ativa novamente para uma “remontagem” dos mesmos.

Para tanto, serão feitos cartão convidativos e de maneira a propiciar a frequência, as receitas vão ser renovadas mediante uma porcentagem de frequência a ser definida por comunidade e suas distâncias da UBS. Também serão oferecidos sorteios e confraternizações.

4ª Etapa: Realização das atividades nos grupos; serão desenvolvidas mensalmente e por temas. Os responsáveis por essa etapa são as enfermeiras e o médico.

Os temas a serem discutidos tangem o principal objetivo do projeto quanto a mudança do estilo de vida, os quais serão descritos a seguir:

TEMAS	ASSUNTOS
1	Apresentação; o que é DCNT?; Introdução sobre os FRM; mesa de café para criação de vínculo
2	Alimentação saudável e seus modos de preparo
3	Benefícios do Exercício Físico em relação DCNT
4	Efeitos nocivos do álcool e tabaco e maneiras de cessar ambos
5	Como sobrepeso e HAS afetam a saúde
6	Como se proteger de DCNT

FONTE: autor

5ª Etapa: Avaliação e análise dos resultados planejados e esperados pelo projeto de intervenção.

Ademais o projeto só poderá ser desenvolvido com o estabelecimento de parcerias com a Secretária Municipal de Saúde, moradores da comunidade, Igrejas e equipe de Saúde.

Os recursos necessários para o desenvolvimento do projeto se destacam a seguir:

RECURSOS	QUANTIDADES
Notebook e Datashow	1
Calculadora	1
Impressora	1
Canetas	5
Folhas para convite	2000

FONTE :autor

Cronograma de Execução:

<u>ETAPAS:</u>	<u>Tempo destinado para a realização (TDR)</u>
<u>1</u>	2 meses
<u>2</u>	1 mês
<u>3</u>	2 meses
<u>4</u>	7 meses
<u>5</u>	1 mês
<u>TOTAL:</u>	13 meses

Resultados Esperados:

Sensibilizar a população acerca das necessidades que permeiam as doenças crônicas, propiciar mudanças de estilo de vida de modo a obter controle dessas doenças, uma vez que o tratamento medicamentoso é auxiliado pelo não medicamentoso.

Espera-se de prevenir as doenças crônicas e suas complicações para melhorar os indicadores de saúde da região e por fim aumentar a adesão ao tratamento.

Proposta de avaliação:

A avaliação da adesão ao tratamento inclui os seguintes critérios:

- Uso regular da medicação, que será avaliada pela frequência de retirada dos medicamentos da Farmácia Popular, assim como aferição da pressão arterial durante os grupos comunitários
- Frequência às consultas: registros da unidade e e-sus
- Atitudes de autocuidado: avaliados durante as consultas e visitas domiciliares os quais incluem alimentação adequada, atividade física, vida social satisfatória

Em casos de dificuldade em qualquer aspecto as ações devem ser concentradas de modo a intervir e resolver.

O projeto de intervenção e seus impactos vão ser avaliados de acordo com o cumprimento de cada etapa do plano operativo e por meio dos registros dos grupos comunitários, além da avaliação continua do trabalho da equipe de saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente. Jul de 2019

Malta DC, Silva JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saude. 2013

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic

non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011, n. 377.

WHO 2015. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2015