

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

**REDUÇÃO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
COMUNIDADE UBS SOCORRO CASTRO EM CANUTAMA - AM**

ALEXANDRE ESTEVES NETO

Orientador (a): Prof. Claudia Marques de Oliveira Soeiro

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

**REDUÇÃO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
COMUNIDADE UBS SOCORRO CASTRO EM CANUTAMA - 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): Prof. Claudia Marques de Oliveira Soeiro

ALEXANDRE ESTEVES NETO

Manaus- AM

2020

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	05
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE .....	06
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....	09
4. CASO CLÍNICO .....	11
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	11

## RESUMO

As doenças cardiovasculares, são consideradas a principal causa de mortalidade em mundo todo, alguns dos fatores de risco envolvido é o descontrole das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, diabetes melitus, obesidade e dislipidemias, doença diagnosticada que atinge cerca de 30% da população adulta. A estratégia saúde da família desempenha um papel característico nesse controle, nesse sentido, o presente trabalho objetivo apresentar um projeto de intervenção para implementação de estratégias de orientação e educação em saúde em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis da Unidade Básica de Saúde Socorro Castro de Boca do Acre - AC, ensinando o uso correto de medicamentos e estimulando a adesão ao tratamento adequado, evitando novas incidências da doença, incentivando a mudança de estilo de vida, na unidade de saúde, Como conclusão será esperado a formação um vínculo do usuário com a equipe de saúde, com a participação nas ações educativas e sociais, proporcionando a diminuição da hipertensão arterial dos usuários envolvidos no projeto de intervenção e garantir maior eficiência na adesão medicamentosa.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Doença Crônica, Risco cardiovascular; Ações educativas em saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

### APRESENTAÇÃO

Alexandre Esteves Neto, médico clínico geral, formado pela Universidad X- Bolívia em 2004 e revalidação pela UFAM – 2007, minhas atividades do Estado do Amazonas se iniciaram no município de Boca do Acre, posteriormente em Lábrea, na atualidade exercendo minhas atividades pelo Programa Mais Médicos para o Brasil no município de Canutama, também localizado na Calha do Rio Purus região Sul do Amazonas.

Trabalho na UBS Socorro Castro, na equipe INE 000007978 / 0002 – SÃO FRANCISCO, composta por médico, enfermeira, tec. enfermagem, dentista e tec. higiene bucal e 07 ACS, na unidade contamos com o posto do PNI e realizamos todos os programas de atenção básica que atendem em torno de 674 (seiscentos e setenta e quatro) famílias com a abrangência de aproximadamente 2.226 (dois mil, duzentos e vinte e seis) pacientes atendidos.

A motivação com o programa é melhorar o atendimento para a população, tendo em vista que gosto muito da minha atividade como clínico e médico de estratégia da família.

Canutama é um município do Estado do Amazonas. Os habitantes se chamam canutamenses. O município se estende por 29 819,7 km<sup>2</sup> e conta com 15 312 hab. estimativa populacional. A densidade demográfica é de 0,4 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município (IBGE, 2016).

Canutama tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 6° 32' 4" Sul, Longitude: 64° 23' 1" Oeste, é um município que pertence à Mesorregião do Sul Amazonense e Microrregião do Purus, os municípios limítrofes são Humaitá, Lábrea, Tapauá, Pauini, Boca do Acre e Porto Velho (RO). Distância até a capital 620 km, na sua maioria a população está localizada na sede do município, uma grande parcela da população da zona rural está localizada principalmente, no Distrito do Belo Monte distrito esse localizado próximo à sede do município.

Durante os seus primórdios, recebeu várias denominações: em 1874, foi fundada com o nome de Nova Colônia de Bela Vista, e em 1891 passou a se chamar Vila de Nossa Senhora de Nazaré. Somente a partir de 1895 recebeu o nome atual, Canutama (IBGE, 2016).

O município de Canutama conta com uma estrutura em termos de média complexidade, a Unidade Mista de Canutama – “Hospital Dr. Leonardo Parente”, onde contamos com serviços especializados em maternidade, clínica médica e cirurgias de médio e pequeno porte e serviço de urgência/emergência pelo SUS, também contamos com os serviços de diagnóstico por imagem, raio x, ultrassonografia e mamografia (sem funcionamento o último por falta de um nobreak) e serviço de diagnóstico por laboratório clínico (bioquímicos, coprológicos, uroanálise, hematológicos e outros).

O fluxo de pacientes decorre em demanda espontânea, ou seja, pacientes da sede da cidade, da zona rural do município ou dos municípios vizinhos de Tapauá e Lábrea.

Quando deparado com problemas de saúde de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para a Manaus, tendo em vista que o município vizinho de Lábrea, que seria o Polo Base da calha do Rio Purus não oferece suporte adequado aos municípios.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

A unidade passou alguns anos funcionando em estado precário, com locais e instalações improvisados; no entanto, há alguns anos ganhou modernizações, tornando-se uma unidade mais bem estruturada para atender pacientes, trata-se de um hospital de média complexidade, e que durante as implementações de programas e ações exigidas, foi se adaptando as exigências.

Atualmente a unidade está estruturada com três leitos no serviço de urgência/emergência, dois leitos no serviço de observação que é mista, expansível a mais um leito, um centro cirúrgico, uma sala de parto com duas mesas de parto, dois leitos para pré-parto, expansíveis a mais um leito, quatro leitos em alcon, expansíveis a mais um leito, clínica feminina três leitos, expansíveis a mais um, quatro leitos em clínica masculina expansíveis a mais um leito e três leitos pediátricos expansíveis a mais dois leitos.

Canutama conta com um total de 4 (quatro) UBS, das quais 3 (três) UBS estão localizadas na sede do município, sendo 2 (dois) UBS em funcionamento e 1 (uma) em fase de conclusão das obras de construção.

No distrito do Belo Monte encontra-se a 4 (quatro) UBS, a UBS Geraldo Monteiro, que conta com duas equipes, responsável pelo atendimento das áreas de cidade baixa (Várzea), e onde também está locado o médico responsável pelo atendimento da zona rural. Durante sua estadia na cidade, o município foi contemplado com uma UBS fluvial para atendimento da população ribeirinha, esta UBS está com previsão para entrega até o próximo ano.

No município também contamos com os serviços de profissionais nas áreas de:

- Psicologia;
- Nutrição;
- Fisioterapia;
- Educador físico;
- CEO;
- Farmácia popular.

A UBS Socorro Castro funcionam mais duas equipes, responsáveis pelo atendimento dos moradores da área da cidade alta (Terra Firme).

Sou médico responsável pela equipe ESFSB – M1 EQUIPE: INE 0000007978 / 0002 – SÃO FRANCISCO, equipe responsável pelo atendimento de 674 famílias, totalizando 2.226 pacientes na área de abrangência da equipe.

REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Dentre os programas ofertados a população atendida na UBS Socorro Castro e nas outras, estão:

- **HIPERDIA** – cuidado dos pacientes hipertensos, diabéticos ou hipertenso/diabéticos;
- **PLANEJAMENTO FAMILIAR** – Aconselhamento, prescrição e acompanhamento no uso de métodos contraceptivos;
- **PRÉ-NATAL** – Acompanhamento das grávidas durante a gestação com consultas mensais, laboratórios e outras atividade;
- **C & D** – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimentos de crianças desde RN a 3 anos de idade;
- **SAÚDE MENTAL** – Acompanhamento dos pacientes diagnosticados com patologias neurológicas, mental e outros transtornos;

- **VISITA DOMICILIAR** – Acompanhamento de pacientes acamados sejam sequelados de patologia congênita, acidentes ou patologias adquiridas;
- **SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS** – Programa ofertado a crianças diagnosticadas em risco de desnutrição durante acompanhamento do programa de crescimento e desenvolvimento.

## **SAÚDE PRIVADA**

No município contamos com duas clínicas de atendimento privado:

- **ODONTOMED** – Onde está ofertado aos munícipes atendimentos odontológicos e medico e exame de imagem “ultrassonografia”.
- **Clínica Odontológica** – Atendimento exclusivamente em odontologia.
- **Laboratório de Análise** – Coleta e análises de vários tipos de exames de laboratórios.
- **Farmácias** – 4 (quatro) estabelecimentos particulares no município.

Todos os dados e indicadores de saúde municipal encontram-se disponíveis na Vigilância Sanitária e outros órgãos responsáveis pelo abastecimento com informações relevantes para uma boa avaliação da saúde municipal no âmbito nacional.

Os usuários da UMC, são atendidos por demanda espontânea, já nas UBS e feita a distribuição 13 (treze) fichas por turno, expansíveis a mais 7 (sete) em caráter de emergência por turno trabalhado, assim tanto a população da zona urbana como a rural tem atendimento rápido, fácil e de qualidade no município.

O município de Canutama no serviço de atenção de nível de média complexidade, na Unidade Mista de Canutama conta com o total de 26 (vinte e seis) profissionais do corpo médico, para atendimento de urgência/emergência e interno nas seguintes proporções:

- 3 (três) Clínico Geral (SUSAM);
- 1 (um) Cirurgião Geral (PMC – SEMSA);
- 1 (uma) Enfermeira (SUSAM);
- 2 (duas) Enfermeira (PMC – SEMSA);
- 5 (cinco) Tec. Enfermagem (SUSAM);
- 6 (seis) Tec. Enfermagem (PMC – SEMSA)
- 7 (sete) Aux. Operacional Saúde (SUSAM)

Já no serviço de atenção de baixa complexidade o número total de profissionais envolvidos no atendimento direto da saúde da população está distribuído da seguinte proporções:

#### **UBS GERALDO MONTEIRO**

- 3 (três) Médicos (PMMB);
- 3 (três) Enfermeiras (PMC – SEMSA);
- 3 (três) Tec. Enfermagem (PMC – SEMSA);
- ACS (PMC – SEMSA).

#### **UBS SOCORRO CASTRO**

- 2 (dois) Médicos (PMMB);
- 2 (dois) Enfermeiras (PMC – SEMSA);
- 2 (dois) Tec. Enfermagem (PMC – SEMSA);
- 15 (quinze) ACS (PMC – SEMSA).

#### **CEO**

- 2 (dois) dentistas (PMC – SEMSA);
- 2 (dois) THD.

Os recursos financeiros destinados a saúde são provenientes de repasses das três esferas do poder, conforme estabelece a lei do SUS, recursos oriundos do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal com recursos próprios.

### **3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

#### **Unidade de Atuação**

U.B.S. Socorro Castro, município de Canutama, localizada na área central da cidade, abrangendo população dos bairros, parte do Central, São Francisco, N. Sra. Aparecida, Castanheira e Vila do Aeroporto, sou médico responsável pela equipe **ESFSB – M1 EQUIPE: INE 0000007978 / 0002 – SÃO FRANCISCO**, equipe responsável pelo atendimento de **674 famílias**, totalizando **2.226 pacientes** na área de abrangência da equipe.

## Programas e participantes

Na U.B.S. Socorro Castro, minha equipe trabalha nos seguintes programas:

PROGRAMAS	Nº ESTIMADO DE PACIENTES
• C&D	154 Crianças
• HIPERDIA	120 Pacientes
• PRÉ-NATAL	24 Pacientes
• PLANEJAMENTO FAMILIAR	165 Pacientes
• SAÚDE MENTAL	31 Pacientes
• VISITA DOMICILIAR	20 Pacientes
• VITA	236 Crianças

## Pontos positivos e negativos da unidade

Os principais e únicos dois pontos positivos da UBS Socorro Castro é que a localização que apresenta uma facilidade para o acesso dos pacientes dos bairros entornos, e segundo os recursos humanos que trabalha em prol da comunidade que composta pela equipe INE 0000007978 / 0002 – SÃO FRANCISCO, e uma equipe completa, 2 (dois) médicos (PMMB); 2 (dois) Dentistas; 2 (dois) Enfermeiras; 2 (dois) Téc. Enfermagem; 15 (quinze) ACS e 2 (dois) THD.

Enquanto a estrutura física da UBS é muito defasada, já foi realizada várias reformas com modificações nos espaços que não apresentam uma boa adequação para o atendimento dos pacientes. Nas questões de materiais e equipamentos há um descaso mais expressivo, não dispomos de equipamentos básicos para o atendimento, falta de um simples termômetro até um oftalmoscópio.

## Pontos que necessitam de melhorias

Já nos foi apresentado um projeto de reforma total da UBS. com uma união da estrutura onde funciona o programa CEO, será realizada segundo projeto apresentado um aumento das áreas físicas bem como ampliações de recepção e construção de espaço para palestras e outras atividades. Se todos os projetos apresentados forem realizados a UBS Socorro Castro estará na vanguarda para realização de um melhor atendimento da população da cidade de Canutama.

### **Acesso ao atendimento**

O acesso aos atendimentos básicos na UBS Socorro Castro é facilitado pela localização entre as comunidades ao em torno, com isso há uma demanda que por vezes ultrapassa o número de vagas disponibilizadas aliado as deficiências do suporte físico, estrutural e pessoal que influenciam diretamente em atendimentos que requerem mais atenção.

Os acompanhamento dos estados iniciais e evolutivos dos pacientes é primordial para realização da saúde preventiva, para isso o suporte as famílias que já existem situações de adoecimentos com um membro familiar e a atenção que deve ser dada aos seus cuidadores estão tão vulneráveis ao adoecimento.

### **4. CASO CLINICO**

Dona Antônia, com 66 anos deveria ter prioridade de atendimento na atenção Básica (AB) de saúde, identificamos que não houve atendimento pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), pela qual ela deveria ser acompanhada pelo Agente comunitário de Saúde (ACS), enfermeira e médico da família da área que reside, também refere que mesmo sendo diabética e hipertensa, não estava tendo acesso seus medicamentos dos quais deveriam ser disponibilizados, outra falha gravíssima da AB.

Com a melhora de atendimento na AB, os pacientes receberiam o acompanhamento clínico e a manutenção de seus medicamentos, e que certamente não necessitariam recorrer a Urgência/ Emergência.

Considerando a realidade vivenciada dia a dia pela saúde pública no que diz respeito ao atendimento na rede SUS, acredito que a Rede de Atenção Integral a Urgência poderia está no seu conjunto de melhorias para a qualidade no atendimento prestado de urgência, minimizando os danos à saúde do paciente.

### **5. ANEXO - Projeto de Intervenção**

Citando as deficiências podemos destacar:

Falta de capacitação profissional para identificar/acolher/atender as urgências - Na minha rotina diária muitas vezes já houveram casos de paciente

em Urgência Hipertensiva/Hiperglicemia que não foram classificados adequadamente para o atendimento médico, eu mesmo já orientando várias vezes a técnica de enfermagem. Com isso temos identificado que há falta de capacitação ou preparo para essas situações que necessitam de maior atenção, desorganização na sistemática do atendimento e falta de suporte básico para promoção de vida.

Falta de espaço físico equipado com os materiais/medicações necessárias para atendimentos de urgência e emergência - na minha unidade, que possui aproximadamente 32 metros, há somente um consultório, este não possui equipamentos que garante a utilização em casos de urgência. Não há fonte de oxigênio, dispositivo de máscara respiratória, material para intubação oro traqueal, não temos material para acesso venoso periférico, nem medicações apropriadas. Ou seja, nada que possa ser feito para o atendimento/estabilização de paciente.

Dificuldade no transporte do mesmo para início ou continuidade do tratamento - muitas vezes o serviço médico de urgência demora para atender ao chamado, quando atende não há macas disponíveis, há falta de transporte que por vezes quebrados ou por falta de manutenção, ou ainda não há pessoas e transportes suficientes para atender grande demanda do serviço.

Para melhorar o acesso/atendimento:

Implantação da Classificação de risco, em que se tenha espaço apropriado para efetivar de forma qualitativa a escuta e acolhimento.

Treinamento e reciclagem da equipe com curso de capacitação para atendimento básico de urgências

Orientação e comunicação na comunidade sobre os atendimentos realizados na UBS, bem como os horários de funcionamento e locais mais próximos das Unidades de atendimento de Urgência/Emergência.

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

**REDUÇÃO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
COMUNIDADE UBS SOCORRO CASTRO EM CANUTAMA - AM**

ALEXANDRE ESTEVES NETO

Orientador (a): Prof. Claudia Marques de Oliveira Soeiro

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

**REDUÇÃO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
COMUNIDADE UBS SOCORRO CASTRO EM CANUTAMA - 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): Prof. Claudia Marques de Oliveira Soeiro

ALEXANDRE ESTEVES NETO

Manaus- AM

2020

**SUMÁRIO**

Resumo .....	15
Introdução e Justificativa .....	17
Objetivo Geral.....	18
Objetivos Específicos .....	18
Metodologia da Intervenção.....	18
Recursos necessários para execução .....	20
Proposta de avaliação .....	21
Cronograma.....	22
Referências .....	23

## RESUMO

As doenças cardiovasculares, são consideradas a principal causa de mortalidade em mundo todo, alguns dos fatores de risco envolvido é o descontrole das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, diabetes melitus, obesidade e dislipidemias, doença diagnosticada que atinge cerca de 30% da população adulta. A estratégia saúde da família desempenha um papel característico nesse controle, nesse sentido, o presente trabalho objetivo apresentar um projeto de intervenção para implementação de estratégias de orientação e educação em saúde em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis da Unidade Básica de Saúde Socorro Castro de Boca do Acre - AC, ensinando o uso correto de medicamentos e estimulando a adesão ao tratamento adequado, evitando novas incidências da doença, incentivando a mudança de estilo de vida, na unidade de saúde, Como conclusão será esperado a formação um vínculo do usuário com a equipe de saúde, com a participação nas ações educativas e sociais, proporcionando a diminuição da hipertensão arterial dos usuários envolvidos no projeto de intervenção e garantir maior eficiência na adesão medicamentosa.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Doença Crônica, Risco cardiovascular; Ações educativas em saúde.

## **Introdução e Justificativa**

Durante a adolescência e juventude, devido diversas mudanças biopsicossociais e comportamentais específicas dessa fase (MS, 2006), há uma maior vulnerabilidade para a inserção desses comportamentos de risco de forma precoce, correm intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais. Nessa época da vida, cresce a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências, e apresentam uma maior predisposição às Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT (SILVA, 2009).

O sedentarismo é um fator importante, principalmente quando falamos de HAS e DM. Um estudo realizado em Cuiabá, MT mostrou que a prevalência geral do sedentarismo é de 75,8%, e se observou uma associação significativa entre HAS e idade, sexo masculino, sobrepeso e sedentarismo durante o trabalho e períodos de folga (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

O estilo de vida sedentário é um dos responsáveis pela morbidade e alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Podemos lembrar-nos dos hábitos que facilitam o sobrepeso e o aumento da circunferência abdominal que está diretamente ligada a uma grande síndrome que afeta a nossa população, a síndrome metabólica. Sem esquecer o consumo de alimentos industrializados. (BRASIL, 2014)

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Também incluem no rol das condições crônicas os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas, a osteoporose e as desordens genéticas. São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, sendo um grande desafio para a saúde pública. (FILHAL, 2013).

As doenças crônicas abrangem várias doenças com diversos fatores de risco, e muitas delas atingem adultos jovens, sendo o alvo do nosso trabalho de

conclusão de curso. Entre elas a hipertensão e diabetes vem apresentando um fator de risco similar, o fator externo do indivíduo adulto, entre eles um que teve destaque são os hábitos de vida, muitas vezes atinge adultos, sedentários, com ingesta de alimentos industrializados e com um alto teor de sódio nos alimentos e o abuso de carboidratos nas principais refeições do dia (MACHADO, 2012).

Já sabemos que as DCNT são as responsáveis pelas maiores morbimortalidades do mundo, um relatório da OMS de 2011 sobre DCNT aponta como a principal causa de morte, que afeta principalmente os países de média e baixa renda (FILHAL, 2013).

“Tanto a frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência) são informações importantes para o conhecimento da carga que o diabetes representa para os sistemas de saúde. A incidência traduz o risco médio da população em adquirir a doença, além de servir de parâmetro para a avaliação do impacto produzido por medidas de prevenção. A prevalência é um indicador da magnitude da carga atual que a doença representa para os serviços de saúde e para a sociedade, bem como um preditor da futura carga que as complicações crônicas do diabetes representarão.” (SBD,2017-2018)

Em reunião com a equipe da UBS, um dos principais problemas encontrados foi a alta incidência de adultos jovens adquirir doenças crônicas, como hipertensão, obesidade e dislipidemias. Essas doenças atingem a população adulto/jovem diminuindo o prognóstico de uma vida saudável. Este quadro é reflexo de hábitos de vida, que incluem alimentos cada vez mais industrializados e uma vida mais sedentária, levando de forma gradativa a população ao grupo de pacientes crônicos com alto risco de desenvolver doenças isquêmicas no futuro.

O problema em questão tem origem epidemiológica e social, que em associação levam a comunidade no geral ao baixo desenvolvimento e produzirão consequências no futuro. O tema foi escolhido por ter uma solução prática, aumentando a prevenção de saúde, com informação, busca ativa de pacientes e orientações fáceis e simples de serem aplicadas. Com isso acredito que teremos resultados positivos nos dias de hoje e irão aumentar a longo prazo.

## **Objetivos**

Objetivo geral:

O objetivo desse plano de intervenção é diminuir os fatores que levam os pacientes a desenvolver doenças crônicas, melhorando seu estilo de vida e ensinando a desenvolver hábitos saudáveis para ele e sua família.

Objetivos específicos:

- Conhecer e analisar a incidência de doentes crônicos no período de 3 meses nas áreas de atuação da Unidade básica de saúde.
- Oportunizar momentos de educação em saúde para a população com maiores fatores de risco.
- Revisar novos métodos de tratamento e redução de complicações em portadores de doenças crônicas.
- Propor práticas mensais de encontros e atividade em grupo para os pacientes.
- Fomentar atividades de educação em saúde abordando temáticas como alimentação saudável, atividades físicas e técnicas de relaxamento.

## **Metodologia da Intervenção**

Tipo de Estudo: descritivo, exploratório e de intervenção

Local do Estudo: UBS Socorro Castro, município de Canutama, localizada na área central da cidade, abrangendo população dos bairros, parte do Central, São Francisco, N. Sra. Aparecida, Castanheira e Vila do Aeroporto -AC

Amostra: usuários da UBS Socorro Castro

Descrição da Intervenção: questionários, palestras educativas, rodas de conversas.

O plano de intervenção inicial tem o prazo de 3 a 6 meses de execução, abrange aumentar o vínculo dos profissionais com a população, desenvolvendo um trabalho multidisciplinar com visitas semanais as famílias mais carentes e

com maior risco de desenvolver doenças crônicas no futuro, criando encontros trimestrais com palestras para a população trabalhadora, realizar palestras educativas sobre alimentação e estilo de vida saudável nas escolas e grandes empresas, distribuir uma cartilha de informações sobre alimentação, dessa forma ensinar a todos formas saudáveis de adquirir hábitos que melhoram seu estilo de vida e assim levando a uma forma saudável de envelhecer.

Este projeto envolve outros profissionais como assistência social, psicólogos, nutricionistas entre outros, mesmo sendo aplicado a curto e longo prazo devido os hábitos alimentes da população em geral, a disponibilidade e interesse dos profissionais que estão disposto a ajudar é realmente um grande incentivo. A curto prazo seria notório a diminuição de consultas de pacientes com queixas de estresse e aumento de peso, sendo que a nossa intervenção em orientação para mudança no estilo de vida, atinge de forma direta os pacientes poli queixosos, lembrando que só a fato uma pessoa praticar exercício físico 3 vezes na semana e uma alimentação com pouco carboidrato já gera um bem-estar físico e psíquico visível imensurável.

#### **Recursos necessários para execução:**

A equipe envolvida para a realização deste trabalho, são medico, enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

O Material necessário serão papel, caneta, quadro, Datashow e prontuários da UBS.

Será necessário um carro, para acompanhamento da equipe que irá realizar duas visitas domiciliares aos pacientes com DCNT.

Os Resultados Esperados será criar estratégias de orientação e educação em saúde em pacientes hipertensos, ensinando o uso correto de medicamentos e estimulando a adesão ao tratamento de HAS, evitando as internações e crises hipertensivas, aproximar os usuários de HAS dos profissionais de saúde por meio de diferentes ações (consultas, visitas domiciliares, intervenções educativas, atividade física, acolhimento),

proporcionando uma maior interação e conhecimento desde o motivo de uso do fármaco, dinâmica familiar muitas vezes decorrente de uma “família disfuncional”, até mesmo condições habitacionais e socioeconômicas desfavoráveis. Com o conhecimento desses fatores, infere-se que os profissionais poderão prestar um atendimento mais humanizado, acolhedor, sem estigmatizar, pois, muitas vezes o usuário vem até a unidade de saúde em busca de atenção, necessitando apenas de conversar.

## Proposta de avaliação e cronograma

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEL
Baixa prevalência de HTA	Identificar e cadastrar os pacientes hipertensos e verificar se eles residem sozinhos na área de abrangência	Cadastrar 100 % de hipertensos da área em três meses	Realizar pesquisa ativa para identificar hipertensos, diabéticos da área	Equipe de saúde
Falta de referência a pacientes com fatores de risco predominantes na área de atenção.	Identificar e registrar os fatores determinantes da não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos.	Identificar os fatores de risco que prevalecem na população da UBS em prazo de três meses	Realizar questionários dirigidas a população identificando fatores de risco	Equipe de saúde
Falta de acompanhamento de pacientes com HAS e DM na área	Realizar visitas domiciliares para acompanhamento mensal.	Alcançar adequada adesão ao tratamento da hipertensão em 80% deles em um ano de trabalho	Avaliar uso atual do tratamento em cada paciente tendo em conta o risco cardiovascular.	Médico, enfermagem
A falta de conhecimento na população sobre diagnóstico, complicações, tratamento e acompanhamento da HA e DM	Implementar ações e grupos de apoio em pacientes de HAS/DM	Elevar conhecimento da população enquanto ao correto manejo da hipertensão arterial. 70% da população. Alcançável em um ano	Realizar palestras educativas sobre hipertensão arterial. Realizar ações de promoção a saúde no grupo de hiperdia	Equipe de saúde
Aumento de DCNT devido falta de acompanhamento no tratamento não medicamentoso	Incentivar a mudança do estilo de vida (MEV) dos pacientes hipertensos.	Incentivar a MEV, com caminhadas com a ESF, e acompanhamento com nutricionista	Realizar palestras educativas sobre MEV Encontros mensais para acompanhamento da PA/Peso/glicemia	Equipe de saúde NASF

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

BRASIL; CANAAN; **Caderno de atenção básica Número: 35 – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**, 2014

SILVA JEF, Giorgetti KS, Colosio RC. **Obesidade e sedentarismo como fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes de escolas públicas de Maringá, PR**. Saúde e Pesquisa 2009; 2(1):41-51.

FILHAL. **Prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde**, 2014

MACHADO; **Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.2 Ribeirão Preto May/Apr. 2012

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017, V. 24