



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS**  
**NAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**  
**BERNARDO DE OLIVEIRA PANTOJA.**

**JOSE ROSALINO MARTINS FILHO**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NAS  
DEMANDAS ESPONTÂNEAS NA UNIDADE BASICA DE SAUDE BERNARDO DE  
OLIVEIRA PANTOJA.

JOSE ROSALINO MARTINS FILHO

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: ROBERVAM DE MOURA  
PEDROZA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço ao meu orientador Robervam Moura Pedroza por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa. Agradeço também a toda equipe involucrada que fizeram de tudo para tornar real este projeto.

---

---

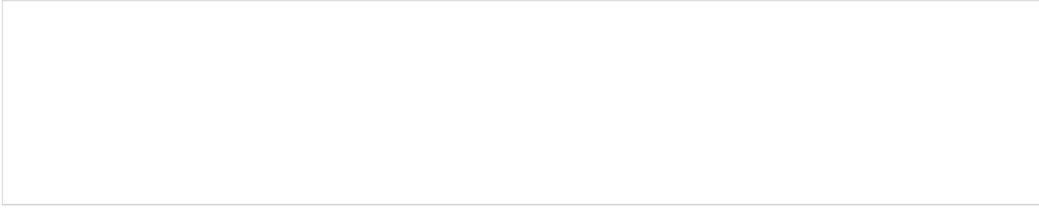
Dedico este TCC à Deus, familiares e professores que durante o curso me estimularam e estiveram presentes em todas as etapas do aprendizado.

---

## **RESUMO**

O presente trabalho apresenta dois relatos de experiência referente a duas micro intervenções desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bernardo Pantoja, no município de Aurora do Pará-PA. A primeira micro intervenção refere-se ao acolhimento à demanda espontânea e programada, e o segundo, por sua vez está voltado para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A partir de inúmeras discussões com a equipe da unidade de saúde e com os dados epidemiológicos levantados, chegou-se a conclusão que os problemas mais prevalentes e passíveis de intervenção estão associados à organização da demanda da unidade através da adoção de estratégias de acolhimento, além do aumento do risco cardiovascular dos pacientes, predominando hipertensão descontrolada, cardiopatia chagásica, diabetes e tabagismo. Logo se conclui que o foco das medidas da equipe de saúde da família são para melhorar esses parâmetros, levando a uma diminuição do risco cardiovascular dos pacientes, gerando conseqüentemente uma diminuição da morbimortalidade. Sendo assim iniciamos este projeto.

## SUMÁRIO



## 1. INTRODUÇÃO

As micro intervenções aconteceram na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bernardo Pantoja, no município de Aurora do Pará-PA. O município apresenta uma rede de saúde composta por sistema municipal de saúde, município apresenta 3 (três) unidades básicas de atenção primária a saúde, as quais, através da gestão local vêm se ajustando sua lógica com tentativas de funcionamento na rede de atenção à saúde (RAS). As demandas Nesse aspecto existem pontos de apoio em atenção secundária e terciária são referenciadas para outros 3 (três) municípios da macrorregião de Belém - PA. Aurora do Pará é uma cidade que de acordo com a última estimativa do IBGE, contava com 31.773 habitantes e possui uma área correspondente a 1 811,8 km<sup>2</sup> (IBGE, 2020). A população é predominantemente rural, com alto índice de analfabetismo. A maior parte da renda da população vem de empregos informais, agricultura familiar, benefícios dos programas sociais do governo federal e aposentadorias. Existem empresas de plantio de açaí, que empregam formalmente pequena parte da população

As informações dos usuários, incluindo as epidemiológicas, seguimento e evolução dos casos são registrados em prontuários, em sua maioria eletrônicos, vinculados necessariamente a utilização do cartão SUS. O acesso a atenção à saúde ainda é falho, devido a dificuldades com algumas especialidades e exames complementares. A logística do transporte é realizada com eficácia, devido disponibilidade de micro-ônibus, automóveis menores e ônibus, para locomoção dos pacientes e visitas domiciliares.

A UBS Bernardo Pantoja abrange um território misto, onde há predomínio do atendimento a comunidades rurais e pequena parte da população urbana. Totalizam 03 comunidades rurais assistidas, que se situam a uma distância mínima de 10km e máxima 50km da unidade de saúde, que está situada na zona urbana. São localidades de difícil acesso, com área territorial montanhosa, com estradas de difícil locomoção. A equipe é composta por uma recepcionista, uma auxiliar de enfermagem na triagem dos pacientes, uma outra auxiliar de enfermagem para realização de curativos domiciliares ou medicações na unidade, uma enfermeira, um médico, duas pessoas para limpeza da unidade e 07 (sete) agentes comunitários de saúde (ACS). Além dos profissionais de saúde bucal, a equipe é matriciada por um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

O presente trabalho apresenta dois relatos de experiência referentes a duas micro intervenções desenvolvidas na referida unidade. A primeira micro intervenção refere-se ao acolhimento à demanda espontânea e programada, e o segundo, por sua vez está voltado para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A unidade enfrenta problemas relativos à alta demanda espontânea, com poucas consultas agendadas. É distante de boa parte da população assistida, o que dificulta o acompanhamento das condições crônicas e realização de grupos operacionais. As atividades da equipe Bernardo Pantoja estão quase que inteiramente ocupadas com o atendimento da

demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas como o pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, atendimentos estes dependentes da busca ativa dos agentes de saúde

O modelo de atenção predominante é o de rede de atenção à saúde de condições agudas, com um esforço da equipe para que os atendimentos, em sua maioria, passem a ser de condições crônicas com prevenção de agudizações. Visa o atendimento e melhoria de condições de saúde de uma população adscrita, bem determinada, com tentativa de inclusão dos usuários como agentes ativos desse processo. Há articulações diretas com as atenções secundárias e terciárias. Tenta aplicar práticas de promoção e prevenção em saúde, com acompanhamento multiprofissional.

A partir de discussão com a equipe da unidade de saúde e com os dados epidemiológicos levantados, foi possível também perceber que os problemas mais prevalentes e passíveis de intervenção estão associados a aumento do risco cardiovascular dos pacientes, predominando hipertensão descontrolada, cardiopatia chagásica, diabetes e tabagismo. Logo se conclui que o foco das medidas da equipe de saúde da família são para melhorar esses parâmetros, levando a uma diminuição do risco cardiovascular dos pacientes, gerando conseqüentemente uma diminuição da morbimortalidade.

Os objetivos do presente trabalho consistem em relatar a experiência de duas micro intervenções na UBS Bernardo Pantoja, no município de Aurora do Pará-PA, respectivamente voltadas para melhoria do acolhimento à demanda espontânea e programada e Controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As micro intervenções, bem como as estratégias de continuidade das mesmas serão apresentadas mais adiante no decorrer deste trabalho.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Em primeiro lugar, demanda espontânea é aquela que se refere aos pacientes que procuram a unidade de atendimento de maneira inesperada. Esses pacientes vêm a necessidade de atendimento médico por motivos diversos, tais como alguma patologia ou alguma queixa a ser solucionada (BRASIL, 2010).

Acolher um paciente proveniente da demanda espontânea é de extrema importância tanto para o paciente em si quanto para o local em que ele procurou atendimento. É imprescindível que o indivíduo que chega na unidade tenha os seus problemas ouvidos e solucionados e, em relação ao hospital ou clínica, uma boa impressão inicial e um bom atendimento são essenciais para a criação de um relacionamento com esse paciente e também para que seja possível avaliar o atendimento e criar novas estratégias.

A demanda programada é o agendamento de consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento a portadores de doenças crônicas, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, asmáticos, entre outras, além de crianças e gestantes. (INOJOSA, 2005).

Essas demandas não são fixas, ou seja, por mais que possam ser divididas nesses dois grupos, os perfis de paciente dentro delas estão em constante mudança. As necessidades da sociedade podem variar conforme a época do ano, por exemplo.

Nos casos eletivos ou que não demandem atendimento imediato, frequentemente observa-se insatisfação e angústia por parte dos usuários, principalmente por não conseguir atendimento médico no mesmo dia. Também percebe-se dificuldade de alguns profissionais na tomada de decisão, e dificuldade de acesso a alguns fluxos pré-estabelecidos, normalmente por falhas de comunicação. Quanto às situações em que o enfermeiro detecta necessidade de avaliação médica no mesmo dia, é rotineiro haver questionamento por parte do médico.

O maior entrave é a falta de acesso, pois algumas unidades ainda não se responsabilizam pelos pacientes de seu território por completo, sobrecarregando outras unidades e causando insatisfação na população. Resolver esta situação é um grande desafio, pois existem obstáculos internos e externos. Entende-se que a reorganização da rotina de trabalho será um importante aliado na forma de minimizar os problemas e de humanizar este processo.

É necessário definir que profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando encaminhar/agendar uma consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais, que outras ofertas de cuidado podem ser necessárias, além da consulta com o médico, etc. Como podemos ver, é fundamental que haja uma escuta de forma ampliada, reconhecimento de riscos e vulnerabilidades e intervenção na necessidade identificada. Deve-se refletir sobre o conjunto de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades de saúde da população

A unidade enfrenta problemas relativos a alta demanda espontânea, com poucas

consultas agendadas. É distante de boa parte da população assistida, o que dificulta o acompanhamento das condições crônicas e realização de grupos operacionais. As atividades da equipe Bernardo Pantoja estão quase que inteiramente ocupadas com o atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas como o pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, atendimentos estes dependentes da busca ativa dos agentes de saúde. A realização de grupos comunitários para controle pressórico e diabético, por exemplo, se mostraram inviáveis devido a distribuição da população atendida por nossa unidade: localidades muito distantes e com baixa adesão as orientações e alta taxa de uso irregular das medicações devido a altíssima taxa de analfabetismo.

A organização das buscas ativas, de levantamentos dos problemas, da percepção dos agentes de saúde quando aos resultados dos tratamentos e planejamento de ações são abordados em reuniões mensais com a equipe de saúde, mais regularmente entre os agentes comunitários de saúde e a enfermeira da unidade. Nessas reuniões são definidas as necessidades de visitas domiciliares e realizada a programação do mês da unidade.

Observando a grande demanda espontânea relacionada ao estilo de vida. decidimos relatar um caso muito frequente, que se dá a partir do momento em que o paciente por não ter um acompanhamento rotineiro de sua saúde, comparece à UBS com queixas de sobrepeso, casaço, mal estar geral etc.. sendo assim observamos que demandas espontâneas, sendo necessário consultas não programadas poderiam ser amenizadas a partir do momento que fizéssemos u acompanhamento e atividades de educação em saúde para esses usuários. ~~de cada usuário.~~

Antes, todos pacientes que buscavam a unidade eram acolhidos, mas nem todos eram agendados, mesmo que fosse de nosso território, pois eram instruídos a retornar no turno de livre demanda. Agora, todos os pacientes com demandas eletivas, que nos procurem, e que sejam de nosso território ou façam parte dos pactos do Subsistema Ilha, serão acolhidos e agendados. O foco deve ser, nas prioridades, nas vulnerabilidades, na atualização frequente do cadastro.

Os casos eletivos que não demandem atendimento imediato e que não sejam do território serão redirecionados às unidades básicas de referência. O maior entrave será lidar com o relato de usuários que dizem não conseguir acesso em suas unidades de referência, nestes casos enviaremos email à direção desta unidade, para ficar registrado, com a situação descrita para averiguação.

Durante as reuniões feita pela equipe, foi possível organizar as consultas, conhecer um pouco mais sobre cada paciente, e entender o fluxograma do estilo de vida de cada um, para assim termos uma melhor abordagem no tratamento e acompanhamento do paciente. Nesta reunião cada profissional expôs sua opinião e pode assim complementar a identificação e

conhecimento dos pacientes que muitas vezes já são usuários do serviço, porém sem assiduidade,

Relato: Paciente AMG, comparece em UBS queixando-se de dor de cabeça após um fds onde frequentou uma festa e fez uso de álcool e outras drogas, desenvolvendo assim sintomas relacionados com a mesma. Comparecendo pela segunda na UBS solicitando uma consulta de encaixe o mesmo acaba desestruturando o quadro de atendimento. Levando em consideração que nunca era um apenas um caso de encaixe, e sim vários. A partir dai chegamos a conclusão que uma micro intervenção neste aspecto seria plausível.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A atividade predominante nessas comunidades é a agricultura familiar de subsistência, com pequena parcela em trabalho formal para empresas de plantio de açaí, e outra pequena parcela em trabalhos informais. O saneamento é precário nessas comunidades. As condições de moradia são muito humildes, sem estrutura básica e banheiro, com muitas casas de pau a pique e grande quantidade de casos de Doença de Chagas. A maior parte da população dessas comunidades é analfabeta, com pouco incentivo à frequência escolar dos mais jovens, o que gera um percentual de evasão escolar considerável. Não há festas tradicionais ou eventos religiosos.

Nesta UBS há uma equipe de saúde da família completa. A Unidade Básica de Saúde Bernardo Pantoja está localizada na zona rural Santana do Capim, afastado do centro da cidade. O que gera dificuldade de locomoção quando há intercorrências. A unidade existe há 06 anos. Possui estrutura física desenvolvida com a finalidade específica para ser um centro de atenção à saúde básica. Há uma recepção ampla com bancos suficientes para um bom acolhimento e espera, sala de triagem, banheiros adaptados, salas para procedimentos e observação de pacientes, estacionamento, área de convivência para os funcionários e consultórios bem estruturados. A unidade não é adaptada ao fácil acesso de pessoas com deficiência. Em situações que demandem reuniões com a comunidade a recepção é utilizada como espaço alternativo, sem maiores problemas. Entretanto tais reuniões são infrequentes na unidade, devido a ampla área rural atendida pela unidade.

A unidade enfrenta problemas relativos a alta demanda espontânea, com poucas consultas agendadas. É distante de boa parte da população assistida, o que dificulta o acompanhamento das condições crônicas e realização de grupos operacionais. As atividades da equipe Bernardo Pantoja estão quase que inteiramente ocupadas com o atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas como o pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, atendimentos estes dependentes da busca ativa dos agentes de saúde. A realização de grupos comunitários para controle pressórico e diabético, por exemplo, se mostraram inviáveis devido a distribuição da população atendida por nossa unidade: localidades muito distantes e com baixa adesão as orientações e alta taxa de uso irregular das medicações devido a altíssima taxa de analfabetismo.

A organização das buscas ativas, de levantamentos dos problemas, da percepção dos agentes de saúde quando aos resultados dos tratamentos e planejamento de ações são abordados em reuniões mensais com a equipe de saúde, mais regularmente entre os agentes comunitários de saúde e a enfermeira da unidade. Nessas reuniões são definidas as necessidades de visitas domiciliares e realizada a programação do mês da unidade.

Observando a grande demanda espontânea relacionada a Infecções das vias aéreas

superiores (IVAS), decidimos relatar um caso muito frequente, que se dá a partir do momento em que o paciente por não ter um acompanhamento rotineiro de sua saúde, comparece à UBS com queixas de bronquiolite, asma, sinusite e demais IVAS.

Observamos que durante alguns períodos do ano, como nas épocas de estações como inverno e primavera, há um aumento no número de consultas relacionadas às infecções das vias aéreas superiores (IVAS), também observamos que havia um grande número de crianças, lactentes e menores que estavam com seu quadro vacinal desatualizado, seja por omissão materna e paterna ou seja por falta de políticas públicas, ações comunitárias e intervenções por própria parte da gestão municipal que muitas vezes deixa a desejar. Ao observar esses agravantes traçamos uma estratégia onde focamos no atendimento pessoal, e assim iniciamos busca ativa de todas as crianças da comunidade, através dos agentes comunitários, e também em sala de espera quando observamos alguma criança acompanhando seus pais ou avós nas consultas de rotina. A partir daí começamos a fazer o registro das mesmas e foi possível quantificar a quantidade de crianças na comunidade e assim podemos lançar mão de um número certo de vacinas e dias específicos para as ações voltadas para o tema vacinação.

Além da desatualização da caderneta de vacinação, foi possível também observar que muitas crianças ficam desassistidas por longos períodos, por conta que os pais trabalham fora muitas vezes em outras comunidades, deixando-os sozinhos em casa aos seus próprios cuidados, o que gera um número maior de intercorrências como fraturas, contusões, queimaduras e etc....

RELATO: paciente JHF, 02 anos, comparece acompanhado de sua mãe que relata que o mesmo encontra-se gripado, com febre e mal estar geral. Ao conversar com a mãe, a mesma relata não estar com a caderneta de vacinação em dia, e que o mesmo estava a dois anos sem vacinar para INFLUENZA, o que ajudaria no controle dos sintomas da gripe. Sendo assim vemos um caso simples onde por uma questão de falta de logística onde não foi feita a vacinação que se encontra recomendada no calendário vacinal, resulta em doenças para as crianças não vacinadas e uma sobrecarga na demanda espontânea das consultas. Isso não prejudicaria o fluxo do trabalho se não houvesse uma organização por parte da gerência e recepção, que são responsáveis por agendar as consultas, sejam de adultos, lactentes ou menores. Foi possível observar que são pequenas atitudes que requerem proatividade fazem toda a diferença no impacto das doenças na comunidade. Por ser uma comunidade carente, com falta de instrução e nível escolar baixo, foi preciso movimentar toda a equipe para selecionar as famílias mais vulneráveis e a partir daí iniciar um plano de vacinação independente MOMENTÂNEO e poder atualizar todas as cadernetas de vacina das crianças da comunidade.

A partir daí observamos a importância de se ter um controle das consultas infantis, seja de puericultura ou seja de menos já em fase de desenvolvimento.

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Os problemas cardiovasculares configuram o maior problema com possibilidade de enfrentamento pela equipe de saúde. É a principal causa de óbito e internação hospitalar da unidade. São quase 300 pacientes hipertensos, sendo boa parte destes, cerca de 20%, portadores de Doença de Chagas. Incluem neste grupo pacientes tabagistas e diabéticos, todos com muita dificuldade de manutenção do tratamento devido ao analfabetismo, idade avançada, dificuldade de seguimento do tratamento e limitação da compreensão das orientações.

Ao iniciar os atendimentos em Aurora do Pará foi observado nas consultas, em análise de prontuários e entrevistas com a equipe e com a população local que muitos pacientes hipertensos e diabéticos não compareciam as consultas periódicas e não faziam uso correto das medicações.

Observando a grande demanda espontânea relacionada a HAS e DCs, decidimos relatar um caso muito frequente, que se dá a partir do momento em que o paciente por não ter um acompanhamento rotineiro de sua saúde, comparece à UBS com queixas de cefaleia, pico hipertensivo, infarto agudo do miocárdio (IAM), etc. Portanto observamos que demandas espontâneas, sendo necessário consultas não programadas poderiam ser amenizadas a partir do momento que fizéssemos um melhor acompanhamento dos mais cercano de cada usuário.

Relato: Paciente AMG, comparece em UBS queixando-se de “dor de cabeça” após um fds onde frequentou um churrasco no final de semana, tendo ingerido comida salgada, e se alimentou com comidas salgadas, desenvolvendo assim pico hipertensivo. O mesmo tinha sobrepeso e outras enfermidades de base não diagnosticadas. Comparecendo pela segunda na UBS solicitando uma consulta de encaixe o mesmo acaba desestruturando o quadro de atendimento.

Levando em consideração os dados que serão mencionados, e correlacionando com o impacto das comorbidades na população adscrita em nossa área, observamos a importância de abordar o tema e levar informação para a população, que deve ser orientada quanto aos fatores de risco e suas consequências. Assim como a prevenção o diagnóstico e tratamento devem ser feitos de maneira empírica e ordenada, sendo transmitida ao paciente da forma mais sucinta para que haja uma compreensão e adesão ao novo estilo de vida e tratamentos propostos. É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. Após a confirmação diagnóstica, a suspeição e a identificação de causa secundária, é necessária a avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Como parte dessa avaliação temos a medição da PA no

consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, anamnese, exame físico e investigação clínica e laboratorial. Temos como fatores de risco para HAS o sexo masculino, idade, tabagismo, resistência a insulina, obesidade e outros, como propõem alguns autores. Muitos resistem em praticar atividade física e muitas vezes essa resistência é provocada pelo desconhecimento sobre sua importância e benefício para o processo de envelhecimento. (RITCHTER CM, 2013)

Práticas de atividades física são fundamentais para a manutenção da saúde cardiovascular e em âmbito comunitário, a caminhada consiste no tipo de exercício mais conveniente e apropriado, visto que não exige o uso de equipamentos de alto custo, é simples, podendo ser realizada diariamente e baixo risco de complicações. (CAETANO JA, 2008). Sabendo disso, ao trabalhar em uma comunidade carente, o profissional deve saber o que propor ao paciente que possui baixa renda e/ou baixo grau de instrução, o que pode dificultar a adesão da atividade física em sua rotina. A prevenção de um futuro desenvolvimento de DCV é viável, no entanto, não é de fácil execução, visto que envolve mudanças comportamentais do indivíduo e da sociedade. (Muniz LC, 2012).

Portanto de acordo com a revisão literária, faz-se necessário o planejamento e concretização de ações de cuidado integral com foco na prevenção das DCV. O termo “*diabetes mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

Sabendo do impacto desta doença na saúde da população, abordaremos junto com doenças crônicas, tendo em vista as sequelas crônicas que também geram consequências cardiovasculares. Em conjunto com a profilaxia das doenças cardiovasculares, algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

Diante de tal realidade, foi pensado o plano de intervenção para melhorar os indicadores

relacionados à morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares. A proposta refere-se ao problema priorizado “Doenças cardiovasculares e seus fatores de risco”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

### **Descrição do problema selecionado:**

Os problemas cardiovasculares configuram o maior problema com possibilidade de enfrentamento pela equipe de saúde. É a principal causa de óbito e internação hospitalar da unidade. São quase 300 pacientes hipertensos, sendo boa parte destes, cerca de 20%, portadores de Doença de Chagas. Incluem neste grupo pacientes tabagistas e diabéticos, todos com muita dificuldade de manutenção do tratamento devido ao analfabetismo, idade avançada, dificuldade de seguimento do tratamento e limitação da compreensão das orientações. Ao iniciar os atendimentos em Aurora do Pará foi observado nas consultas, em Análise de prontuários e entrevistas com a equipe e com a população local que muitos pacientes hipertensos e diabéticos não compareciam as consultas periódicas e não faziam uso correto das medicações.

### **Explicação do problema:**

Quando não há um controle adequado do DM, muitas complicações poderão advir dessa situação sendo as doenças cardiovasculares as mais frequentes as mais associadas aos índices de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

O problema surge a partir da falta de entendimento da patologia que possui (do que causa o problema e de como se melhora). Entendimento dos riscos que alguns hábitos diários podem acarretar. Desinteresse dos próprios pacientes em seguir com terapêutica “porque tem que tomar muitos comprimidos no dia”. A cultura local, que se acostumou a ter Doença de Chagas, a ter pressão alta e a achar normal o sobrepeso e o tabagismo. A pobreza como apoio para os problemas não resolvidos e a alta taxa de analfabetismo.

### **Seleção dos nós críticos**

Três “nós críticos” foram selecionados: Hábitos de vida inadequados, com foco no tabagismo e controle pressórico, baixa adesão ao tratamento e o baixo nível de escolaridade da população, dificultando a compreensão das ações educativas em saúde.

### **Desenho das operações:**

As ações apresentadas nesta micro intervenção estão descritas no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Desenho das operações voltadas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis na Unidade Básica de Saúde Bernardo Pantoja, município de Aurora do Pará,

estado do Pará.

**Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Risco Cardiovascular aumentado”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Bernardo Pantoja, município de Aurora do Pará, estado do Pará.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos de vida inadequados, com foco no tabagismo e controle pressórico. Risco cardiovascular aumentado
<b>Operação (operações)</b>	+ <b>Prevenção e promoção de saúde.</b> Gerar conscientização e mudanças nos hábitos de vida
<b>Projeto</b>	Estilo de vida com Qualidade
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição na incidência e prevalência de Doenças Cardiovasculares no território de abrangência a médio e longo prazo
<b>Produtos esperados</b>	Programa de reeducação alimentar; Campanha educativa em grupos de tabagismo, grupo de orientação de atividades físicas domiciliares
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: local para as reuniões. Cognitivo: preparação teórica quanto aos temas dos grupos propostos e estratégias de comunicação; Financeiro: recursos audiovisuais, medicações para auxílio no controle do tabagismo, e material para realização de dinâmicas. Político: Organizar local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: local adequado para os grupos Cognitivo: interesse e pró atividade entre os membros da equipe de saúde Político: transporte dos pacientes até o local das reuniões e grupos. Financeiro: confecção de panfletos,

material para confecções de dinâmicas em grupo.

<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Não necessária
<b>Prazo</b>	Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Equipe de Saúde da Família Unidade Bernardo Pantoja e NASF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Equipe da UBS Bernardo Pantoja

**Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Má adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Bernardo Pantoja, município de Aurora do Pará, estado do Pará.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixa adesão ao tratamento
<b>Operação (operações)</b>	A partir da compreensão dos danos, conscientizar para maior adesão ao tratamento
<b>Projeto</b>	Quem ama, cuida
<b>Resultados esperados</b>	Melhor controle pressórico, melhoria na dieta e no hábito do tabagismo, com consequente melhoria na qualidade de vida.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos operativos; dinâmicas em grupo. Pequenas explicações na sala de espera Estrutural: local para as reuniões. Cognitivo aperfeiçoar a maneira de expor os problemas e soluções para a população alvo, tendo em vista o alto grau de analfabetismo
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: recursos audiovisuais e material para realização de dinâmicas. Político: Organizar local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos Estrutural: local adequado para os grupos

Cognitivo: interesse e pro atividade entre os membros da equipe de saúde

**Recursos críticos** Político: Conseguir local e transporte dos pacientes para as reuniões em grupo

Financeiro: recursos audiovisuais para as reuniões e para divulgação, recurso para confecção de material para dinâmicas.

**Controle dos recursos críticos** Favorável

**Ações estratégicas** Não necessária

**Prazo** Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada

**Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações** Equipe de Saúde da Família Unidade Bernardo Pantoja e NASF

**Processo de monitoramento e avaliação das ações** Equipe da UBS Bernardo Pantoja

**Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dificuldade de compreensão, analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Bernardo Pantoja, município de Aurora do Pará, estado do Pará**

**Nó crítico 3** Dificuldade de compreensão, analfabetismo Baixo nível de escolaridade da população, dificultando a compreensão das ações educativas em saúde voltadas para as orientações pertinentes à manutenção do estado de saúde.

**Operação (operações)** Gerar curiosidade na população alvo, para que leve a maior interesse em compreender a necessidade de melhoria do estilo de vida e adesão aos tratamentos

**Projeto** Mais saber

**Resultados esperados** Aumento do conhecimento dos usuários no território de abrangência. Melhor adesão aos

<b>Produtos esperados</b>	tratamentos Grupos operativos Estrutural: local para as reuniões. Cognitivo: desenvolvimento de estratégias de comunicação e compreensão pelos pacientes
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: recursos audiovisuais e material para realização de dinâmicas. Político: Organizar local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos Estrutural: local adequado para os grupos Cognitivo: interesse e pro atividade entre os membros da equipe de saúde
<b>Recursos críticos</b>	Político: Conseguir local e transporte dos pacientes para as reuniões em grupo Financeiro: recursos audiovisuais para as reuniões e para divulgação, recurso para confecção de material para dinâmicas.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Despertar interesse na população
<b>Prazo</b>	Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada
<b>Responsável pelo acompanhamento das ações</b>	(eis) Equipe de Saúde da Família Unidade Bernardo Pantoja e NASF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Equipe da UBS Bernardo Pantoja

Fonte: o autor, 2020/2021.

Foi possível observar que a alimentação inadequada, tabagismo, ausência de pratica de atividades físicas, sobrepeso-obesidade. O problema se agrava com a ausência desses grupos populacionais mais vulneráveis nas consultas de acompanhamento, somado à irregularidade na realização de exames de controle e no uso das medicações, tudo isto contribui para o desenvolvimento das doenças crônicas.

A adesão da comunidade às ações foi fundamental para o seu sucesso, uma vez que, apesar das dificuldades, a população se dispõe de alguma forma a participar dessas ações. O

contexto da pandemia comprometeu bastante a eficácia dessas ações, tendo em vista que as recomendações para evitar aglomerações nos impediu de realizar atividades coletivas de âmbito presencial. Entretanto, após o controle da pandemia pretende-se dar continuidade a essas ações e fortalecer as ações educativas para melhorarmos os indicadores de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração os dados aqui apresentados referentes à organização da demanda espontânea e à demanda programada somado à prevalência de casos de hipertensão arterial e diabetes no território, e correlacionando com o impacto das comorbidades na população adscrita em nossa área, observamos a importância de abordar o tema e levar informação para a população, que deve ser orientada quanto aos fatores de risco e suas consequências. A atenção deve estar voltada também para as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento devem ser adotados de maneira empírica e ordenada, sendo transmitida ao paciente da forma mais sucinta para que haja uma compreensão e adesão ao novo estilo de vida e tratamentos propostos.

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm Hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP(MOZAFFARIAN D, 2015).

Após a confirmação diagnóstica, a suspeição e a identificação de causa secundária, é necessária a avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Como parte dessa avaliação temos a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, anamnese, exame físico e investigação clínica e laboratorial.

Temos como fatores de risco para HAS o sexo masculino, idade, tabagismo, resistência a insulina, obesidade e outros, como propõem alguns autores. Muitos resistem em praticar atividade física e muitas vezes essa resistência é provocada pelo desconhecimento sobre sua importância e benefício para o processo de envelhecimento. (

Práticas de atividades física são fundamentais para a manutenção da saúde cardiovascular e em âmbito comunitário, a caminhada consiste no tipo de exercício mais conveniente e apropriado, visto que não exige o uso de equipamentos de alto custo, é simples, podendo ser realizada diariamente e baixo risco de complicações. Sabendo disso, ao trabalhar em uma comunidade carente, o profissional deve saber o que propor ao paciente que possui baixa renda e/ou baixo grau de instrução, o que pode dificultar a adesão da atividade física em sua rotina. Portanto de acordo com a revisão literária, faz-se necessário o planejamento e concretização de ações de cuidado integral com foco na prevenção das DCV.

A prevenção de um futuro desenvolvimento de DCV é viável, no entanto, não é de fácil execução, visto que envolve mudanças comportamentais do indivíduo e da sociedade. (Muniz LC, 2012)

Mediante a análise dos resultados, este estudo nos permitiu concluir que o controle das doenças cardiovasculares entre a população carente são relevantes, ressalta-se que há uma grande prevalência de hábitos modificáveis, como sedentarismo, tabagismo e etilismo, na pequena população estudada que já agregam fatores de riscos. Essas problemáticas estão diretamente relacionadas com qualidade de vida ou mesmo a necessidade de sobrevivência adquirida pela maioria desses usuários. Dessa forma, é fundamental a implementação de medidas educativas com o objetivo de mudar essa qualidade de vida, por se tratar de uma população com grande possibilidade para desenvolver doenças crônicas degenerativas

Concluimos que esse estudo, embora realizado com uma pequena população que faz da comunidade, nos apresenta dados extremamente significativos e denota a importância de medidas de prevenção para reduzir os elevados DC na comunidade.

## 6. REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão.

ABR, Barreto et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular: Com. Ciências Saúde, Maringá-pr, v. 4, n. 24, p.375-384, 26 set. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade\\_sedentarismo\\_fatores\\_risco\\_cardiovascula](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascula). Acesso em: 30 julho 2019

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 23 de maio de 2021

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Brasília, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 de julho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. Cadernos de Atenção Básica, n28, Volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8,2010. Acesso em: 23 de maio de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família A Implantação da Unidade de Saúde da Família, Brasília, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf) Acesso em: 23 de maio de 2021

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_aco](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_aco) em: 4 de julho de 2019

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 5 de julho de 2019

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em 4 de dezembro de 2019.

FARIA H.P. et al. Processo de trabalho em saúde. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 009. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo\\_de\\_trabalho\\_em\\_saude](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude). Acesso em: 2 de julho de 2019

FIGUEIREDO EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor; 2010. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf) .

Acesso em: 23 de maio de 2021

IGLESIAS CMF, Jesus JA, Santiago LC, Santoro LC. A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. 2010 Out-Dez;2(Supl.):974-7. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1205> . Acesso em: 23 de maio de 2021

INOJOSA, R.M.Acolhimento: A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários.X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 de Outubro de 2005. Acesso em: 23 de maio de 2021

LIM SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks) HYPERLINK  
"[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en)"& HYPERLINK "[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en)"pid=S2317-1782201500030021500027 HYPERLINK "[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en)"& HYPERLINK "[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2317-1782201500030021500027&lng=en)"

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil, Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília, DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf) Acesso em: 23 de maio de 2021

MOZAFFARIAN D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26673558> Acesso em: 23 de maio de 2021

MUNIZ LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS.Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. Rev Saúde Pública, 2012;46(3): 534-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3690.pdf>

Acesso em: 7 de agosto de 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: [Manual MONT.pmd \(who.int\)](#) Acesso em: 23 de maio de 2021

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008. Acesso em 4 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf> Acesso em: 23 de maio de 2021

STARFIELD B, Shi L, Macinko J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457-502 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2021

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004. 726 p. Acesso em: 23 de maio de 2021

< <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>>. Acesso em 25 de maio de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em: [www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes](http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes) . Acesso em 4 de dezembro de 2019.

(WORLD Health Organization, Primary health care - World Health Organization 1978). Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1) Acesso em: 23 de maio de 2021