

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: PROPOSTA DE UM PLANO DE
INTERVENÇÃO**

FÁBIO JÚNIOR ALMEIDA SOUZA

**GOVERNADOR VALADARES- MG
2012**

FÁBIO JÚNIOR ALMEIDA SOUZA

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luiz Carlos Brant Carneiro

GOVERNADOR VALADARES - MG
2012

FÁBIO JÚNIOR ALMEIDA SOUZA

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luiz Carlos Brant Carneiro

Banca Examinadora:

Orientador: Professor Luiz Carlos Brant Carneiro

Co-orientador: professora Adaliene Versiani Matos Ferreira

Aprovado em Belo Horizonte: 28/04/2012.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho a todos os meus colegas de trabalho que contribuíram para a concretização deste, em especial a equipe de Estratégia de Saúde da Família “Maria Olinda de Jesus.” Dedico também à toda população rural do Município de Itanhomi-MG, a qual minha equipe atende, por terem sido peças fundamentais na construção deste plano de ação, que espero seja de grande valia para todos, trazendo bons frutos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido condições para concretizar este trabalho em tempo hábil, uma vez que, envolto em inúmeras atividades do laboro diário, juntamente ao caminhar de duas especializações em um mesmo período, atrelados a minha vida pessoal, que também não pode parar, me concedeu, sabedoria, paciência, ânimo e dedicação nesta minha caminhada. Sei que sem Ele não teria conseguido.

Agradeço também a minha Equipe de Saúde da Família “Maria Olinda de Jesus” do Município de Itanhomi por ter sido de suma importância na coleta de dados e estruturação deste plano de ação, uma vez que, sem eles, este meu caminhar seria impossibilitado.

Agradeço ainda a todos os meus colegas e companheiros de trabalho que direta ou indiretamente me ajudaram nesta caminhada, fornecendo idéias e sugestões importantíssimas que se tornaram peças fundamentais em todo o processo de elaboração deste.

Agradeço também ao Professor Luiz Carlos Brant, por sua colaboração na construção de meu saber e pela sua compreensão em todo decorrer da orientação.

E não poderia deixar de agradecer aos meus familiares que sempre me apoiaram e compreenderam minha ausência e falta de tempo para com eles.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam uma evolução ascendente quanto à incidência, e são mensuradas principalmente pela mortalidade. Essas são progressivas e interferem na qualidade de vida de seus portadores. Tendo em vista esse aspecto e o fato de ser a humanização das relações e do cuidado ao ser humano uma preocupação de profissionais de saúde e de cuidadores. Este trabalho fez uma análise da incidência dessas doenças na área de abrangência da equipe Maria Olinda de Jesus, Estratégia de Saúde da Família localizada no município de Itanhomi/MG, e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis; buscando aprofundar os conhecimentos sobre esta realidade e propor estratégias para melhor prevenção e tratamento das mesmas.

Essa análise permitiu afirmar que há uma grande incidência de doenças crônicas, desconhecimento por parte da população a despeito das causas e fatores de risco da doença, além da necessidade de projetos de prevenção da saúde e conscientização da comunidade, observou-se ainda o despreparo da equipe de saúde para o enfrentamento desta realidade. Dessa forma, este trabalho objetivou elaborar um Plano de Intervenção a ser implantado pela Equipe de Saúde da Família Maria Olinda de Jesus que ajude na capacitação da mesma e na conscientização da população da área de abrangência desta acerca dos principais problemas crônicos e sua responsabilidade e participação para a melhora de sua qualidade de vida.

Palavras chave: Doenças Crônicas não transmissíveis, Saúde, qualidade de vida, promoção da saúde.

ABSTRACT

The chronic non-communicable diseases present an ascending evolution in the incidence, measured especially observing the mortality rate. These diseases are progressive and affect the quality of life of their carriers. In order to this aspect and considering that the humanization of the relationships and the care given to people a preoccupation to the health professionals. This work analyzed the incidence of these diseases in the coverage area of Maria Olinda de Jesus team, Family Healthcare Strategy of Itanhomi-MG, and the difficulties found by the professionals in the prevention and treatment of the chronic non-communicable diseases; looking for a way of improve the knowledge about this reality and propose plans for a more effective prevention and treatment to them.

This review allows us to say that there is a high incidence of the diseases, lack of knowledge by the population about the causes and risk factors for the disease and a great demand of prevention plans which aware and educate the community, the team is also not prepared to face this reality. Thus, this work meant to elaborate an intervention plan to be implanted by Maria Olinda de Jesus Team for helping in their training, so the team will be prepared and the population will have knowledge about the mainly chronic diseases and their responsibility and participation to improve their quality of life.

Keywords: chronic non-communicable diseases, Health, quality of life, health improving.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVO.....	14
3.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	RESULTADOS E ANÁLISES.....	17
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO 1	31

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa elaborada com o intuito de contribuir para a compreensão das dificuldades encontradas por profissionais de saúde da atenção primária na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Fato importante que destaca esse problema é a mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, que indica o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos.

Observa-se, de um lado, que as possibilidades de maior intervenção sobre o meio ambiente contribuíram para reduzir as doenças infecto-contagiosas, apesar de ser ainda, causa de mortalidade no país. Por outro lado, as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população, têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, ocupando estas, as primeiras posições nas estatísticas de mortalidade no Brasil. São os chamados agravos não transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, obesidade e câncer.

A transição demográfica que ocorreu nas últimas décadas, ou seja, o processo de alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade, para outra, com baixas taxas desses indicadores, atrelado ao fator da imigração, nos séculos XIX e XX, caracteriza o novo modelo da estrutura da população brasileira. Nesta nova realidade, a redução das taxas de fecundidade e diminuição da mortalidade gera maior expectativa de vida e levam à nova configuração da população do país, surgindo à nova transição epidemiológica, com declínio das doenças infecto - parasitárias e aumento das doenças não transmissíveis (VERAS *et al*, 2003).

Existem evidências abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médicos-

assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (ASSIS *et al* 2004).

As condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina (BRASIL, 1998).

Atuo como enfermeiro desde 2009 na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Maria Olinda de Jesus, e durante minha trajetória na equipe pude perceber avanços na profissão relacionados ao conhecimento e tecnologia, como também a problemas socioeconômicos incorridos na sociedade. Mas sempre foi bastante comum como já citado, os agravos com doenças crônicas não transmissíveis.

O grande problema enfrentado pela equipe é a falta de conscientização e conhecimento da população acometida por essas doenças, principalmente hipertensão e diabetes, com relação à importância de tratamento correto e contínuo. Foi observado, no desenvolvimento dos trabalhos assistenciais prestados, que esses indivíduos em sua grande maioria, só procuram os serviços de saúde em situações de emergência, impossibilitando a criação de vínculos efetivos com essa população, causando, desta forma, dificuldades operacionais e assistenciais para prevenção e promoção de saúde dos mesmos. Com relação às dificuldades encontradas para acompanhamento e assistência integral a essa população é destaque a pouca procura destes usuários ao serviço de saúde demonstrando, dessa forma, que a população acometida por tais doenças, de modo geral, não dá a devida importância e não compreende a necessidade do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis são doenças progressivas que interferem na qualidade de vida de seus portadores, são consideradas graves, de evolução lenta e gradual.

Essas doenças, entre as quais, as cardiovasculares, vêm assumindo cada vez mais importante papel na morbidade e na mortalidade em áreas de crescente urbanização em países subdesenvolvidos. Em muitas delas, os coeficientes de mortalidade apresentam-se próximos e, inclusive em algumas áreas igualam ou superam, os observados em cidades de países desenvolvidos (LAURENTI, 1975).

Segundo EYRE *et al* (2005), as doenças crônicas podem ser consideradas a principal causa do aumento da mortalidade na população mundial, sendo responsáveis por cerca de dois terços das mortes na população americana.

Ainda para Gonçalves (1994) o conceito de “doença crônico-degenerativa”: nas condições históricas concretas em que a medicina opera, substitui-se o possível agente etiológico pela própria fatalidade biológica, a enfermidade da vida. Doenças degenerativas são aquelas doenças que são causadas pelo viver do organismo humano, que consome tempo enquanto se desgasta.

São doenças extremamente prejudiciais, que propiciam a diminuição da qualidade de vida e das atividades das pessoas acometidas. Assim ter qualidade de vida é fator primordial para superação, controle e tratamento dessas doenças.

O conceito de qualidade de vida está atrelado à auto-estima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, suporte familiar, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias, o estilo de vida e o ambiente em que se vive (VECCHIA, 2005).

Para FALCONE *et al* (2004) a qualidade de vida está relacionada à questão das relações sociais enquanto fatores de saúde mental e de desenvolvimento. O desenvolvimento social do indivíduo tem início no nascimento e continua ao longo da vida. Os autores ainda afirmam que as demandas próprias de cada ciclo da vida e as respostas de desenvolvimento proporcionadas pelo indivíduo demonstram que a

conquista de comportamentos sociais envolve um processo de aprendizagem durante toda vida.

Tendo-se em conta a expectativa de vida cada vez mais alta, vários estudos têm sido desenvolvidos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

CALDAS *et al* (2004) afirma que as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o devido apoio lhes for proporcionado.

Segundo Veloz *et al* (1999) o problema é compreender quais são os elementos mais salientes na familiarização que diferentes grupos têm com o envelhecimento, tendo em consideração não só indivíduos propriamente idosos (acima de sessenta anos), mas também, pessoas que se encontram próximas dessa condição, quer dizer, entre cinqüenta e sessenta anos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), censo 2010, a cidade de Itanhomi, município do Estado de Minas Gerais, está situada a 314 km da Capital Mineira, na região Leste do Estado com uma população de 11.850 habitantes (IBGE, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família Maria Olinda de Jesus, conta com uma população adstrita de 3694 pessoas (1151 famílias); com 99,63% da população de 7 a 14 anos alfabetizados e 79,9% da população acima de 15 anos de idade alfabetizados e 2,65% da população total possui Plano de Saúde (SIAB, 2011).

Buscando avanços e melhorias nos perfis epidemiológicos, índices de saúde e qualidade de vida, o município de Itanhomi, vem estruturando a saúde pública. Em 2005, implantou a primeira Estratégia de Saúde da Família, e seguidamente em 2008 implantou mais três equipes de Estratégia Saúde da Família visando atingir a cobertura de 100% da população.

As condições habitacionais no município tiveram melhora representativa nos últimos anos no que diz respeito ao saneamento básico. Itanhomi possui três unidades territoriais e todas elas contam com abastecimento de água tratada e coleta de esgoto. O município conta hoje com escolas públicas centradas nos níveis pré-escolar, fundamental e médio. Sendo assim, com todos os dados citados acima podemos inferir que o município se encontra em desenvolvimento, mas ainda enfrenta problemas que acarretam a desigualdade social (SIAB, 2011).

A população adstrita da ESF Maria Olinda de Jesus tem como principal atividade econômica a pecuária, agricultura e horticultura, por se tratar de uma população 100% rural. Pode ser considerada também uma população mista, uma vez que se encontram nela famílias de baixa renda, com nenhuma estrutura sócio-cultural e famílias com melhor poder aquisitivo.

O cotidiano de atendimento à população da nossa área de abrangência nos mostra que existe falta de estrutura socioeconômica, familiar, cultural e de lazer, o que pode estar contribuindo, também, para elevar o índice de morbi-mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

Assim a elaboração desse projeto se faz necessária para que a partir da análise da incidência de doenças crônicas na área de abrangência da Estratégia de Saúde Maria Olinda de Jesus colabore na capacitação, preparando-a para o tratamento de pacientes de doenças crônicas não transmissíveis e conscientização da população, acerca dos principais problemas crônicos, sua responsabilidade e participação para melhora na qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Plano de intervenção a ser implantado pela Estratégia de Saúde da Família Maria Olinda de Jesus que visa capacitar a equipe de saúde, para que esta possa conscientizar a população quanto a gravidade das doenças crônicas não transmissíveis e da importância de seu tratamento, visando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento relacionado aos seus determinantes e condicionantes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Esclarecer a população adstrita sobre as principais causas das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações;
- Avaliar o impacto das doenças na qualidade de vida das pessoas;
- Integrar esforços no sentido de adequar a assistência investindo na promoção da qualidade de vida da população assistida.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram utilizados, para levantamento de dados, o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), as agendas de trabalhos dos Enfermeiros e da Unidade de Saúde, nos últimos dez meses, isto é, dados relativos aos meses de janeiro a outubro de 2011, e dados obtidos através de entrevista feita pelo ACS nas famílias.

O SIAB é alimentado a partir da Ficha A, de preenchimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), atualizado mensalmente, considerando, assim, o mês de outubro como referência para o número de pessoas acometidas por doenças crônicas, seus hábitos alimentares e estilo de vida. Nas agendas são registrados os trabalhos de prevenção, informação e conscientização a serem realizados pela Equipe de Saúde, avaliando o número de pessoas faltosas e presentes, controlando assim a participação dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Ressalta-se que o ACS é informante chave, pois possui ligação direta com a população, faz levantamento de possíveis motivos a não adesão aos projetos de conscientização e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e risco cardiovascular. Assim, pelos dados levantados a partir da ficha A e verbalizados pelos ACS's, percebe-se que prováveis causas dessas doenças estão os hábitos alimentares e estilo de vida. Cada agente de saúde realizou em sua microárea de atuação o levantamento desses dados, identificando os indivíduos, o motivo da não adesão aos projetos já existentes e o número de pessoas que estão em tratamento e já tiveram alguma complicação em decorrência dessas doenças. A coleta de dados foi realizada nas famílias da área adstrita, por amostragem aleatória, ou seja, foi entrevistado um membro da família que se encontrava em casa no momento da visita do ACS.

Foram apresentados aos entrevistados e preenchidos pelos ACS's, segundo os relatos dos mesmos, formulários semi-estruturados contendo as seguintes variáveis:

- Prática ou não de exercícios físicos;
- Consumo de álcool;
- Tabagismo;
- Hábitos alimentares;

- Se têm consciência dos fatores determinantes para as doenças crônicas não transmissíveis e prevenção das mesmas.
- Se portador de alguma doença crônica não transmissível. Qual?
- Se portador de alguma doença crônica não transmissível. Faz uso contínuo de medicamentos?
- Se participa de algum projeto de prevenção oferecido pela Atenção básica;
- Sente acolhido pela equipe de saúde?
- Considera os pontos de atendimento de fácil acesso?

Os dados foram analisados por análise de conteúdo e agrupados quando houve semelhança entre os mesmos, e tabulados por porcentagem simples.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para elaboração de proposta de intervenção que mais se relacionasse a realidade da ESF Maria Olinda de Jesus foram analisados os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) municipal que, no mês de outubro de 2011, apresentou 358 portadores de hipertensão arterial e 81 portadores de diabetes, ou seja, aproximadamente 15% da população da área adstrita é portadora de alguma doença crônica (SIAB, 2011).

Os dados indicam também que é grande o percentual da população entrevistada que possui hábitos que podem levar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes (DIA), como tabagismo, sedentarismo e má alimentação, e que aproximadamente 95% da população acometida por essas patologias desconhecem as doenças e as causas das mesmas.

Considerando o ACS como o vínculo direto entre o serviço de saúde e a população, os mesmos são informantes-chave para levantamento das possíveis causas da não adesão aos programas educativos e os principais agentes causadores dessas patologias.

Assim analisando os dados levantados pelo ACS's nota-se que estes relatam que cerca de trinta e cinco por cento (35%) da população não conhece ou desconsidera os meios de prevenção das doenças e encontram dificuldades em buscar informações por considerarem difícil se locomover até os postos de atendimento.

Considerando as agendas de trabalhos dos profissionais da equipe, encontramos lacunas no atendimento aos portadores de doenças crônicas por falta de disponibilização de maior tempo para atendimento da demanda, cerca de trinta por cento (30%) dos pacientes deixam de ser atendidos. Ainda é possível perceber que nos trabalhos que são agendados e divulgados pela equipe há baixa participação desses indivíduos, apenas quarenta por cento (40%) participam efetivamente, dificultando ainda mais o trabalho de prevenção. Com os altos índices dessas doenças percebemos que os trabalhos e os atendimentos realizados são incipientes deixando a população ainda mais vulnerável.

Outro fator importante é a falta de acolhimento e atenção relatados por vinte por cento (20%) dos pacientes, dificultando a ligação entre paciente, profissional e serviço prestado.

Assim é possível enumerar os problemas correlacionados e causadores das doenças crônicas, na área de atuação da ESF Maria Olinda de Jesus:

- As atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas enfocando a promoção da saúde e prevenção de doenças é realizada com pouca frequência, em sala de espera, ou em grupos agendados, com baixa participação;
- A comunidade não conhece na íntegra as doenças crônicas e suas possíveis complicações;
- A equipe não conhecia até então com especificidade todos os portadores de doenças crônicas e encontra dificuldades em sua atuação nos programas de prevenção;
- As condições culturais e socioeconômicas a que está submetida à população interferem na aceitação e adesão do tratamento;
- Oitenta por cento (80%) da comunidade não pratica atividades físicas e não possui hábitos alimentares saudáveis;
- Dificuldade de conscientizar o paciente pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento;
- Dificuldade de acesso aos serviços prestados nos pontos de atendimento, por se tratar de uma população rural;
- Os profissionais de saúde não estão preparados para solucionar problemas oriundos dessas patologias durante o atendimento prestado;
- Inexistência de programa de humanização do atendimento.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após levantamento dos dados, o próximo passo para o plano de intervenção foi a organização desses e apresentação para toda equipe. Para tanto foram realizadas reuniões com todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na execução do projeto, afim de que se pudessem elencar os problemas e buscar soluções para os mesmos. Essas reuniões serviram para refletir sobre todos os dados levantados até então.

Tomando como referência os problemas encontrados e já mencionados, foi elaborada uma proposta de intervenção que tem como objetivo a reorganização do serviço de atendimento ao portador de doenças crônicas, em um período de 12 meses, aumentando a participação/adesão aos programas de educação e conscientização sobre prevenção dessas doenças. Para tanto, estabeleceu-se as seguintes metas distribuindo a execução das atividades e planejamento de acordo com os dados levantados e colocados acima:

- 1 - Identificar as principais causas de doenças crônicas e implantar a estratégia para o enfrentamento do problema no período de 12 meses;
- 2 - Identificar todos os portadores de doenças crônicas e seus hábitos alimentares e estilo de vida e desenvolver um programa para incentivo a vida saudável no período de 12 meses;
- 3 - Construir alternativas de atendimento aos portadores de doenças crônicas da área de abrangência, controlando a participação desses nos grupos educativos e de atividade física, no período de 12 meses.

META 1

Identificar as principais causas de doenças crônicas e implantar a estratégia para o enfrentamento do problema no período de um ano.

Problemas	Ações a serem realizadas	Responsáveis	Cronograma
A comunidade não conhece as doenças crônicas e suas possíveis complicações.	Realizar grupos de educação mostrando a comunidade e principalmente aos portadores de doenças crônicas o que são as doenças, as suas principais causas de doenças e suas complicações.	Enfermeiro e Médico.	Dezembro 2011 a dezembro de 2012.
	Capacitar os ACS's acerca das doenças, suas causas, complicações e prevenção para que possam coordenar rodas de conversas junto com os pacientes.	Enfermeiro e Médico	Dezembro de 2011 a fevereiro de 2012.
	Realizar parcerias com outros profissionais como: nutricionistas, educadores físicos e endocrinologistas para que coordenem rodas de conversas mensalmente	Enfermeiro, Coordenação das ESF's e Gestor Municipal de Saúde.	Dezembro de 2011.

	com esse grupo populacional.		
A equipe não possui relatórios que especifiquem quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores de doenças crônicas.	Capacitar os ACS's sobre quais os principais fatores influenciadores de doenças crônicas.	Enfermeiro.	Dezembro de 2011.
	Analisar os dados trazidos pelos ACS's e os percebidos a partir de observação da rotina dos pacientes durante os trabalhos realizados	Enfermeiro.	Dezembro de 2011.
	Após análise dos dados, organizar relatório sistematizado, onde seja possível perceber e identificar quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores das doenças para que sejam elaboradas as atividades a serem realizadas.	Enfermeiro.	Dezembro de 2011 a janeiro de 2012.
	Apresentar o relatório sistematizado para a Equipe, coordenador das ESF's e Gestor Municipal para que se possa iniciar as ações.	Enfermeiro	Janeiro de 2012.
As atividades educativas dirigidas aos portadores de	Definir um dia específico para realização de um grupo de educação em saúde, onde os	Enfermeiro e Médico.	Novembro de 2011 a Novembro de 2012.

doenças crônicas enfocando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, são realizadas com pouca frequência,	pacientes além de receber informações, poderão renovar suas receitas de remédios de uso contínuo e pedidos para realização de exames.		
em sala de espera, ou em grupos agendados, com baixa participação;	Criar cronograma diário de apresentação de pequenas palestras ministradas pelos ACS's, em sala de espera, com temas variando de acordo com a necessidade e a realidade.	Enfermeiro.	Dezembro de 2011.

META 2

Identificar todos os portadores de doenças crônicas, seus hábitos alimentares e estilo de vida e desenvolver um programa para incentivo à vida saudável no período de um ano.

Problemas	Ações a serem realizadas	Responsáveis	Cronograma
A equipe não conhece com especificidade todos os portadores de doenças crônicas e encontra dificuldades em sua atuação nos programa de prevenção.	Realizar reuniões esclarecendo e orientando os ACS's para que atualizem os cadastros dos pacientes sobre os pacientes de sua área de abrangência, tornando mais fácil sua busca e acompanhamento em caso de algum tipo de doença.	Enfermeiro.	Dezembro de 2011.
	Reunião mensal com os ACS's para análise dos cadastros e discussão dos dados observados por estes na área de abrangência.	Enfermeiro.	Dezembro de 2011 a junho de 2012.
	Reunião com os ACS's incentivando-os a fazer levantamento do número de	Enfermeiro.	Novembro de 2011 a maio de 2012.

	portadores de doenças crônicas de cada micro área, a medicação utilizada por eles e os hábitos alimentares e de atividades físicas se existirem.		
	Coletar os dados solicitados.	ACS's.	Novembro e dezembro de 2011.
	Sistematizar os dados atualizando os cadastros dos pacientes em ficha específica.	Enfermeiro e Técnica de Enfermagem.	Dezembro de 2011.
Dificuldade de orientar, estimular o paciente pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento.	Diminuir o numero de agravos de Hipertensos e diabéticos em 50% através da realização de palestras educativas de conscientização, distribuição de folders.	Enfermeiro, Médico e ACS's.	Novembro de 2011 a novembro de 2012.
	Conscientizar o paciente da importância do tratamento regular e efetivo para garantia de vida normal.	Enfermeiro, Médico e ACS's.	Novembro de 2011 a novembro de 2012.
	Manter 100% dos	Enfermeiro e	Novembro de

	hipertensos e diabéticos da área de abrangência controlados realizando grupos operativos buscativa dos pacientes faltosos Orientação e conscientização destes.	Médico.	2011 a novembro de 2012.
--	--	---------	--------------------------

META 3

Construir alternativas de atendimento aos portadores de doenças crônicas da área de abrangência, estimulando a participação desses nos grupos educativos e de atividade física, no período de um ano.

Problemas	Ações a serem realizadas	Responsáveis	Cronograma
Dificuldade de acesso aos serviços prestados nos pontos de atendimento, por se tratar de uma população rural.	Criar alternativas para que o atendimento seja levado a 95% dos pacientes no mínimo mensalmente.	Gestor Municipal de Saúde, coordenação das ESF's, Enfermeiro e Médico.	Dezembro de 2011.
	Realizar reuniões com a comunidade e solicitar desta local, onde não exista de sede do município, para que seja possível realizar atendimento mensal aos pacientes.	Enfermeiro e Coordenação das ESF's.	Dezembro de 2011.
Os profissionais de saúde não estão preparados para solucionar problemas oriundos dessas patologias durante o atendimento prestado;	Realizar capacitação com profissionais multidisciplinares, orientando o atendimento ao portador de doença crônica.	Enfermeiro e Médico	Novembro e Dezembro de 2011.

Inexistência de programa de humanização do atendimento	de	Propor a Secretaria de Saúde que sejam realizados campanhas de humanização do atendimento, capacitação de profissionais da rede de atenção.	Enfermeiro e Coordenação das ESF's.	Dezembro de 2011.	de
--	----	---	-------------------------------------	-------------------	----

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo a ESF Maria Olinda de Jesus conseguiu conhecer a população acometida por doenças crônicas e os principais causadores dessas doenças na área de abrangência da equipe. Percebe-se que a incidência das doenças crônicas é bastante elevada e que a equipe encontra-se despreparada para o atendimento e acolhimento desses indivíduos.

É perceptível que se faz extremamente importante o envolvimento e capacitação de toda a equipe para apoiar e orientar os pacientes para que estes consigam entender a doença, as formas de prevenção e tratamento. Tornando-se necessário, portanto, criar estratégias de promoção de saúde voltadas para a manutenção ou reabilitação de suas capacidades funcionais, cognitivas, e aspectos psicossociais para que o paciente possa manter seu bom estado de saúde, cultivando sua independência em realizar suas atividades, alcançando de fato a qualidade de vida em todas as suas dimensões.

Diante do exposto, essa proposta de intervenção propõe medidas voltadas para melhoria de ações ofertadas aos portadores de doenças crônicas e medidas de prevenção e conscientização, dos portadores e não portadores, considerando o envolvimento de todos os atores responsáveis por essa prática, principalmente os profissionais da ESF Maria Olinda de Jesus diretamente envolvida no cumprimento de todas as metas gerando um trabalho de qualidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A. and VALLA, Victor Vincent. **Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002.** *Rev. Ciênc. saúde coletiva.* 2004, v. 9, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>> Acesso em: 25 de Out. 2011.

BRASIL, 1988. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Secretaria nacional de Saúde. SIAB- Sistema de Informação da atenção Básica. Brasília (DF); 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. **Viver mais e melhor. Um guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida.** Assessoria de Comunicação Social, Brasília, DF, 2002.

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicol. estud.*, Maringá, v.9, n.1, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=iso>. Acesso em: 05 de Out. 2011.

ERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, jun. 2004 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2012.

EYRE, H.; KAHN, R.; ROBERTSON, R. M.; CLARK, N. G.; DOYLE, C.; HONG, Y.; GANSLER, T.; GLYNN, T.; SMITH, R. A.; TAUBERT, K.; THUN, M. J. SOCIEDADE AMERICANA DO CANCER; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DO DIABETES; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DO CORAÇÃO. Impedindo o Cancer, a doença Cardiovascular, e o Diabetes: Uma agenda comum para a sociedade americana do Cancer, a associação americana do Diabetes, e a associação americana do coração. *Cancer J Clin do CA.* v. 54, . 2004.

GONÇALVES, R. B. M. Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D. C. *Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p. 39-86.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo: 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 08 de junho de 2011.

LAURENTI, RUY. **O problema das doenças crônicas e degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina.** Ver: *ciênc. saúde coletiva.*

1975, v.9, n.2. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000200014> Acesso em: 10 de out. 2011.

VELOZ, M.C.T.; SHULZE, C.M.N.; CAMARGO, B.V. **Representações sociais do envelhecimento**. Periódico: Psicologia: Reflexão e Crítica Cidade: **Porto Alegre** volume: **12** número2 data: 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01029721999000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 05 de mar 2012.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; ARAÚJO, D. V.; KUSCHINIR, R.; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados as sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42,2008.

VECCHIA, Roberta Dalla et al . Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415>.Acesso em:05 de Out. 2011.

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável _____	
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

