



LEIVIS VELAZQUEZ RODRIGUEZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF NAVEGANTES, MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS**

**PELOTAS/RS
Janeiro de 2018**



LEIVIS VELAZQUEZ RODRIGUEZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF NAVEGANTES, MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSA.

Orientador(a): Daniel Victor Coriolano Serafim.

**PELOTAS/RS
Janeiro de 2018**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	09
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	11
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
6	REFERÊNCIAS	16
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	17

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Leivis Velázquez Rodriguez, tenho 50 anos, natural de Cuba, onde estudei Medicina faz 26 anos e graduada como especialista em Medicina Familiar e da comunidade há 20 anos. Eu tive a oportunidade de trabalhar em outros países da América do Sul, compartilhando meu conhecimento na medicina da comunidade e aprendizagem de cada sistema de saúde. Através dos acordos do programa Mais Médicos para o Brasil, desde agosto de 2016 estou trabalhando como médica na Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Navegantes no município de Pelotas, Rio grande do Sul.

A UBS conta com 4 (quatro) equipes de Estratégia de Saúde da Família, atendendo uma população de aproximadamente 30.000 habitantes, na periferia da cidade, bairro com muito risco por a quantidade de família com baixo nível socioeconômico, saneamento básico precário e regiões com existência de pontos de drogas, cada equipe é composta por médico, enfermeira, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os demais profissionais como farmacêutica, odontólogo e assistente social, trabalhando como apoio a todas as equipes. À noite a UBS trabalha com uma equipe de dois médicos, enfermeiro e técnicos de enfermagem com atendimento de livre demanda.

O território descrito à minha equipe corresponde a seis micros áreas, sendo duas áreas descobertas por ACS, todas de risco pela presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios. Há uma UBAI (unidade básica de atendimento imediato), um CRAS, e duas escolas públicas. A população atendida abrange um total de 5.342 usuários. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo II (DM), sequelas por acidente cerebrovasculares (AVC), dislipidemias e epilepsia, entre as doenças crônicas não transmissíveis, sendo motivo de consulta também infecções de vias aéreas superiores como a rinite, sinusite e otites, não menos frequentes são as parasitoses intestinais, infecções do trato urinário baixo e gastrites.

Fazendo uma avaliação de assistência para consulta durante todo este período, podemos dizer isto está condicionada a incidência de múltiplos fatores de riscos tais como a obesidade, o hábito de fumar, consumo de álcool e má nutrição. E nas agudas ao clima úmido e frio nesta região. Também é preocupante que o maior número de gestantes é adolescente ou mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, ou seja, sabemos que há uma falta de conhecimento na conexão com as consequências que podem surgir para a criança quando não se está pronta para a concepção, além de isso é frequente ver sífilis e toxoplasmose na gravidez, com total ignorância. Tivemos muitos temas para escolher como um projeto de intervenção, mas nós

somos incentivados a trabalhar com os fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), de forma que podemos ajudar para uma melhoria da qualidade de vida desses usuários.

O Projeto de Intervenção foi: “Ações educativas sobre os fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis na unidade de estratégia de saúde da família Navegantes no município de Pelotas/RS”. (ANEXO 1).

Portanto, tendo em conta que as DCNTs têm hoje no mundo como a principal causa de mortes, sentimo-nos motivados em nossa equipe, na realização de um projeto de intervenção educativa e com o objetivo de identificar os fatores de risco em um grupo de usuários selecionados com doenças crônicas não transmissíveis, incentivando mudanças de estilo de vida através da promoção e ações educativas para melhorar o estado de saúde dos usuários.

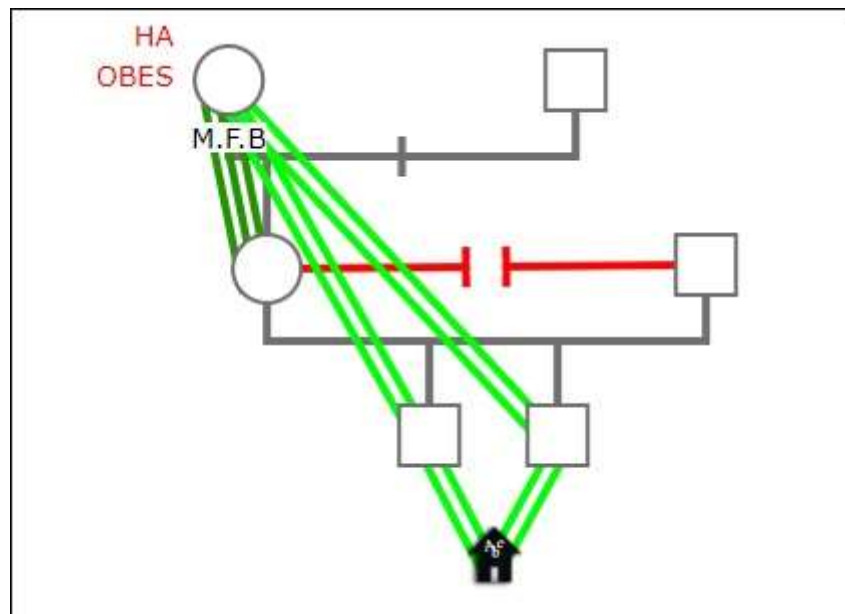
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Conforme minha atuação como médica de saúde da família na Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Navegantes no município de Pelotas, Rio grande do Sul, é notável o número de casos de hipertensos, já que as doenças crônicas afetam a população cada vez mais. Dessa forma, mediante o que foi dito na introdução desse portfólio, é preciso saber diagnosticar esses casos e ir além disso, focando em um tratamento que realmente possa levar em conta a adesão da população e melhorar a qualidade de vida.

M.F.B., 68 anos, hipertensa e obesa. Após refletir sobre a avaliação acima, considero bom o resultado da paciente M.F., apesar de suas morbidades. É uma paciente hipertensa e obesa grau I. Mora com a filha e os 2 netos, com quem tem um relacionamento saudável. Sua filha passa o dia trabalhando, mas é bastante interessada pela saúde da mãe e ajuda bastante na tomada de medicações e marcação de consultas/exames.

Para melhorar os critérios de informação obtidas sobre sua família, temos o genograma do caso:

Figura 1 – Genograma do caso



Fonte: Próprio autor

Observa-se que sua filha é divorciada do marido e mora junto com dona M.F e os dois netos, um de 5 e outro de 10 anos. Estes frequentam a escola mas doa M.F também cuida

dos netos para que sua filha possa trabalhar. Pelo fato de cuidar dos seus netos durante o dia, dona M.F. relata que não tem tempo para a prática de atividades físicas durante o dia.

Mediante exame físico e as áreas avaliadas, é possível observar que:

- Nutrição: Peso atual: 74 Kg, Altura: 1,54 m, IMC: 31,2 Kg/m²;
- Pressão arterial: controlada, entre 120x90 a 130x90mmHg;
- Visão: não tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais;
- Audição: escuta tanto com o ouvido direito como com o esquerdo;
- Incontinência: não refere perda de urina;
- Atividade sexual: não é ativa, sendo viúva;
- Humor/depressão: paciente não se sente triste ou desanimada frequentemente;
- Cognição e memória: Solicitei à paciente que repetisse o nome dos objetos mesa, maçã e dinheiro. Após minutos, paciente repetiu com sucesso;
- Função dos Membros Superiores: Proximal: Paciente foi capaz de tocar a nuca com as duas mãos/ Distal: Paciente foi capaz de pegar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta;
- Função dos Membros Inferiores: Paciente foi capaz de levantar da cadeira, caminhar 3,5 metros e, após, voltar e sentar;
- Atividades diárias: Paciente é capaz de sair da cama, vestir-se, preparar suas refeições e fazer compras;
- Domicílio: possui escadas em casa, tapetes soltos e não possui corrimão no banheiro;
- Quedas: Nega histórico de quedas;
- Suporte social: conta com ajuda da irmã mais nova e da filha.

- Diagnóstico:

Conforme avaliação do caso, pode-se observar que dona M.F é diagnosticada como Hipertensa e obesa grau 1.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2010), o excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a obesidade central abdominal é um fator preditivo de doença cardiovascular.

- Projeto Terapêutico Singular

<p>PROBLEMAS DETECTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão Arterial; - Obesidade.
<p>METAS E CONDUTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensão Arterial: Paciente em uso de medicação Captopril 25 mg + Hidroclorotiazida 25mg. Acompanhada 2 vezes ao mês, apresentando controle na pressão arterial. Continuar com o tratamento medicamentoso e iniciar atividade física 3 vezes na semana associada a uma alimentação saudável; - Obesidade: Continuar acompanhando a paciente mesmo após encaminhada para os especialistas de nutrição, endocrinologia e psicologia. Orientar família a incentivar a prática de exercícios físicos e a perda de peso e a dieta especial.
<p>DIVISÃO DAS RESPONSABILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médica: Orientações a respeito da doença, prescrição dos medicamentos e encaminhamento para especialistas como nutricionista, endocrinologista e psicólogo. Incentivar prática de exercícios físicos e caminhadas. Incentivar a participar do grupo do hiperdia da Unidade, visitas domiciliares para acompanhar caso; - Enfermeiro: Fornecimento de medicamentos, orientações ao tratamento e orientações para realização de exames, visita domiciliar para acompanhamento, aferição da PA; - Agentes comunitários: registros e acompanhamento, convidar a participar do grupo Hiperdia.
<p>AValiação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso será avaliado mediante o comparecimento de paciente nas consultas e a aferição da PA, registro no prontuário e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

- Considerações Sobre o Caso

O caso foi discutido com o educador físico no NASF para montar um programa de treino para a paciente levando em conta sua disponibilidade de horário e seu biótipo. Foi discutido também com a nutricionista sobre orientações dietéticas para a paciente levando em conta suas morbidades, sua renda mensal e seu paladar. Durante a Avaliação, percebemos que o domicílio de dona M.F., apresenta alguns pontos de risco para quedas/acidentes. Têm escadas, tapetes soltos e no banheiro não há corrimão o que eleva a possibilidade da paciente cair, fatores que vão contra o modelo de Casa Segura, projeto que foi elaborado por uma arquiteta brasileira e foi aprovado pelo Ministério da Saúde, fazendo parte do Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso.

Foi conversado com a família e mostrado os riscos e as consequências que uma queda pode trazer para vida de dona M.F. Nós da equipe repassamos informações simples que podem evitar prejuízos, sem grandes custos. A família então se comprometeu a retirar os tapetes de pano e instalar barras no box do banheiro para maior adaptação da paciente.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Este tópico do portfólio abordará a promoção da saúde e também sua prevenção, mas o mais importante é que estes dois se dão através da educação em saúde trabalhada na Unidade. Na ESF Navegantes, onde atendo como médica da família, faço um trabalho de educação e orientações em saúde com os grupos de risco, como diabéticos, hipertensos (frisando meu projeto de intervenção voltado para a Hipertensão, conforme a introdução), gestantes, mulheres, homens, crianças e adolescentes.

Figura 2 – Níveis de prevenção



Fonte: Google imagens

Como observado na figura 2, existem 4 tipos de prevenção: a prevenção primária, que é a promoção da saúde em si; a secundária, que aborda diagnóstico e tratamento precoce; a terciária que consiste na reabilitação; e a quaternária, que implica na redução de danos e deve ser desenvolvida continuamente e em paralelo com a atividade clínica, de modo a evitar o uso desnecessário e o risco das intervenções médicas, proporcionando uma resposta ao crescimento dos gastos com cuidados de saúde que consiste em proporcionar a racionalidade do tratamento, a utilização mais criteriosa dos recursos e a melhoria da qualidade da atividade profissional (NORMA; TESSER, 2009).

De modo geral, a Promoção da Saúde é vista como o conjunto de ações cujo objetivo é tratar as doenças: avaliações médicas preventivas, consultas, exames, ou ainda, há quem pense em programas de vacinação ou mutirões de profissionais da 'saúde/doença' na expectativa de

promover saúde. Segundo Lefevre, “Promoção da Saúde representa uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde” (2007, p.31).

Em relação a lidar com a prevenção, promoção e educação em saúde voltada ao atendimento em pré-natal na Unidade Navegantes, tratamos do manual do Ministério da Saúde de linha do cuidado da criança, pois melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém-nato implica na reorganização do sistema, com a compreensão da necessidade de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2006).

Sabemos que mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto. É necessário organizar a referência e contra referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte para a mulher e a criança, quando necessário, e a garantia da assistência imediata e de qualidade no hospital/ maternidade, para que a conduta adequada seja tomada em tempo hábil para ser eficaz (BRASIL, 2006).

O puerpério ou pós-parto é muito enfatizado na ESF Navegantes, pois se trata de outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. Em nossa Unidade de Saúde, elaboramos a ação “Primeira Semana Saúde Integral”, quando o teste do pezinho é recomendado, e atendemos as mães em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança.

Assim sendo, Sartori; Van Der Sand (2004) entendem que a participação em grupos, por parte das pessoas envolvidas com o processo de gestar, tem se mostrado de grande valia, em especial se referindo a grupo de gestantes, estes vêm trazer aspectos terapêuticos e oferecer suporte a estas pessoas. É uma oportunidade de construção de conhecimento e troca de experiências. A participação no grupo permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo. As interações geradas entre as participantes e os profissionais da saúde formam uma teia que possibilita a promoção da saúde integral com repercussões desse processo no individual-coletivo.

Em nossa Unidade ESF Navegantes, reunimos o grupo de gestantes a cada 15 dias, mediante horários pré-estabelecidos, realizamos palestras abordando diversos temas relacionados a saúde do bebê e da mãe, fornecemos orientações ao aleitamento exclusivo, ao teste do pezinho, as vacinas principalmente a BCG, a importância das primeiras consultas do puerpério e acompanhamos essas gestantes em nossa ESF.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (ANDRADE et al, 2014).

Neste cenário, a abordagem familiar é imprescindível uma vez que a família atribui um significado importante ao bem-estar de seus membros e influência no processo de adoecimento e propriamente na doença. Assim, apesar das visitas domiciliares terem sido realizadas para avaliação de demandas específicas focadas nos pacientes, a família muitas vezes necessitava de atendimento, sendo uma unidade de cuidado ou solicitada para participar do cuidado ao paciente (PEREIRA, et al, 2014).

Na UBS Navegantes atendemos cerca de 14 pacientes cadastrados para visita domiciliar, as quais ocorrem toda quinta e sexta feira, nos horários de 15:00 as 16:00hs. Geralmente são pacientes que não conseguem se locomover até a Unidade ou que estavam internados e receberam alta e precisam ser acompanhados pela UBS em casa. A equipe que realiza as visitas são os ACS, o enfermeiro e o médico.

Há um mês a ESF fez uma visita domiciliar, a petição de um familiar ao agente de saúde, a um senhor de 80 anos de idade, acamado, com uma paraplegia nos membros inferiores há 3 anos, além de uma afasia global como sequela de um acidente cerebrovascular isquêmico, o mesmo com antecedentes de Hipertensão Arterial e tratamento de Enalapril 10mg duas vezes por dia e Hidroclorotiazida 25 mg ao dia.

A filha dele, quem é sua cuidadora, solicitou a visita, pois refere que seu pai está há duas semanas com uma febre de 38 graus, além de notar que as urinas deles estão escuras e com um cheiro forte, por esse motivo e por conta própria o familiar realizou um exame de urocultura com antibiograma em um laboratório particular e resultado já estava pronto para ser avaliado.

Durante o interrogatório a sua filha refere que medicou com Paracetamol para o controle da febre e com Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas por 7 dias sem consultar com um médico. Também alega que o paciente usa fraudas devido a uma incontinência urinaria e a mesma é trocada várias vezes ao dia.

Ao exame físico se constatou o seguinte:

- Temperatura: 38.5 graus;
- FR: 18 rpm;
- FC: 78 bpm;
- Mucosas: coradas e hidratadas;
- Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular normal, não apresenta estertores;
- Aparelho Cardiovascular: Ruídos cardíacos de ritmo normal, não apresenta sopros. PA: 120/80 mmHg;
- Abdômen: Sem alterações, não apresenta massas palpáveis nem tumores, não há reação de dor durante a palpação;
- TCS: não há presença de edema;
- Sistema Nervoso: paciente que não coopera ao interrogatório por apresentar afasia global, além de uma paraplegia nos membros inferiores;
- Resultado de exame de urocultura: mais de 100 mil colônias de Escherichia Coli, sensíveis a Nitrofuratoína, Gentamicina e Ceftriaxona.

O paciente foi diagnosticado com uma infecção do trato urinário. Tendo em conta os critérios de inclusão do usuário da assistência domiciliar, como a presença de um cuidador (neste caso é a filha dele), o desejo da família de que o paciente seja acompanhado pela equipe mediante as visitas domiciliares, a condição clínica apresentada pelo senhor de compromisso e perda funcional além da dependência para a realização das atividades da vida diária, e o fato de que o paciente mora na área da abrangência da UBS, a ESF decidiu acompanhar e tratar o caso por meio da assistência domiciliar.

Plano terapêutico: Orientações do médico a cumprir pelo cuidador do paciente:

- Nitrofurantoína 100 mg 1 comprimido de 6 em 6 horas por 7 dias.
- Dipirona 500 mg 1 comprimido de 6 em 6 horas se apresenta febre.
- Vitamina C 500 mg 1 comprimido ao dia.
- Higiene para manter a pele limpa e seca evitando as úlceras por pressão.
- Oferecer abundante líquidos, sucos de frutas naturais, 2 litros de água ao dia como mínimo.
- Alimentação saudável baixa em sal e gorduras. Ingerir 1 litro de leite ao dia
- Continuar com o tratamento para Hipertensão Arterial.
- Orientações sobre a importância de não ficar por muito tempo o paciente sem trocar sua fralda.
- Procurar manter o paciente sempre com uma higiene pessoal adequada.

- Lavar a região perianal após as evacuações.
- Evitar o uso indiscriminado de antibióticos sem indicação médica.
- São solicitados exames de Hemograma completo, Glicemia, Ureia, Creatinina, PSA, e após de 72 horas de terminado o tratamento antibiótico a realização de outra Urocultura.
- Agendar visita domiciliar 2 vezes por semana pela ESF até a melhora do quadro clínico.

Foi observado a importância da visita domiciliar para os pacientes que não conseguem ir até a Unidade de saúde. O acompanhamento realizado pela equipe proporciona ao paciente conforto e cuidado humanizado em saúde, com o método centrado na pessoa, a medicina alcança os pacientes e promove a recuperação e o tratamento dos mesmos.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este curso de especialização em saúde da família me proporcionou grandes ensinamentos ao longo de minha atuação na Unidade de saúde Navegantes, desde a aprendizagem do eixo I ao eixo II.

No eixo I aprendemos sobre epidemiologia e indicadores em saúde, sobre a importância de identificar e notificar casos graves de doenças. Em minha UBS e particularmente em minha equipe de saúde tem enfermeira e técnica em enfermagem que são muito responsáveis para identificar e declarar uma doença de notificação compulsória, também por outro lado, os agentes comunitários de saúde têm um bom desenvolvimento e pesquisa para o controle epidemiológico na população que nós atendemos.

Além disso, trabalhamos para detectar também as doenças não transmissíveis e seu controle, promoção e educação em saúde através da identificação de fatores de risco.

Toda a equipe trabalha em função de ter uma formação integrada de todas as doenças transmissíveis, tentando estar sempre atualizado em conduta terapêutica, evitando as complicações e a propagação de qualquer doença. A disciplina de territorialização do eixo I, se mostrou importante, pois devemos reconhecer o território que iremos atender, as necessidades e qualidades da população, bem como as doenças prevalentes.

Já no eixo II, aprendi sobre vários casos clínicos e a conduta melhor a ser realizada para cada um. O que me chamou a atenção foi o caso sobre Alessandra, que tratou sobre a puericultura.

Na minha Unidade de Saúde a primeira consulta de Puericultura é realizada aos 07 dias de vida pela enfermeira da ESF, onde é realizado o teste do pezinho, se estabelecem os riscos e as vulnerabilidades e em conjunto com as agentes de saúde se realiza maior acompanhamento da criança. Nesta consulta fica agendada a próxima consulta que será realizada no 1º mês de vida pelo médico da equipe que realizara as consultas posteriores de acompanhamento da criança.

Na UBS até o momento existem mais dificuldades na realização das consultas de puericultura após o 2º ano de vida porque durante o primeiro ano de vida as consultas são realizadas com mais frequências e já depois do segundo ano muitas mães não percebem a importância de manter o acompanhamento da criança. Por tal motivo em muitas ocasiões precisamos realizar visitas domiciliares e trabalhos em conjunto com as agentes de saúde para conscientizar a aquelas mães de manter o acompanhamento de seus filhos.

Isso remete as atividades do portfólio e em como contribuíram significativamente para minhas práticas na Unidade de saúde. O estudo de caso clínico é sobre acompanhar diversos pacientes, em sua maioria diabéticos e hipertensos, para elaborar metas e planos de tratamento.

A promoção em saúde ocorre trabalhando com a educação em saúde e sua prevenção, pois hoje em dia os pacientes já estão acostumados a fazer as atividades em grupo e isso ajuda nas intervenções. A visita domiciliar é um importante aliado no acompanhamento dos pacientes mais distantes e que necessitam de cuidado.

Portanto, este curso de especialização contribuiu positivamente no desenvolvimento de minhas atividades profissionais médicas, no atendimento a diversas famílias residentes na área da UBS Navegantes.

6 REFERENCIAS

ANDRADE, Ademilde Machado et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, Mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado da criança**. Brasília, Cadernos de Atenção Básica, 2006.

LEFEVRE H . **Lógica forma e lógica dialética**. 9 Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2007.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2012-2020, Sept. 2009.

PEREIRA, Sandra Souza et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014.

SARTORI, Grazielle Strada; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p.153-165, 2004.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Leivis Velázquez Rodriguez

**Ações educativas sobre os fatores de risco associados às doenças crônicas não
transmissíveis na unidade de estratégia de saúde da família Navegantes no município de
Pelotas/RS**

Porto Alegre

2017

RESUMO

A unidade de Estratégia de saúde da Família (ESF), Navegantes, onde trabalhamos, é caracterizada por uma elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e na maior parte, associado com múltiplos fatores de risco que são modificáveis. Portanto, tendo em conta que eles têm hoje no mundo como a principal causa de morte destas doenças, sentimo-nos motivados em nossa equipe, na realização de um projeto de intervenção educativa e com o objetivo de identificar os fatores de risco em um grupo de usuários selecionados com doenças crônicas não transmissíveis, incentivando mudanças de estilo de vida através da promoção e ações educativas para melhorar o estado de saúde dos usuários.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	20
2-OBJETIVOS	22
2.1-Objetivo Geral	22
2.2-Objetivos específicos.....	22
3-REVISÃO DE LITERATURA	23
4-METODOLOGIA	25
5-CRONOGRAMA	26
6-RECURSOS NECESSÁRIOS.....	27
6.1-Recursos humanos	27
6.2-Recursos materiais.....	27
7-RESULTADOS ESPERADOS.....	28
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
9-ANEXOS	30
ANEXO 1	30
ANEXO 2	31
ANEXO 3	36

1-INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem um problema de saúde por ser uma das principais causas de mortes no mundo e a origem de sequelas e limitações nos indivíduos, aumentando assim suas necessidades de assistência. Tal fato deve-se aos avanços do conhecimento científico, que trouxe um declínio das mortes por doenças transmissíveis, aumentando assim a expectativa de vida e fomentando o aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer, obesidade, entre outras (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve como causas graves de doenças crônicas fatores de risco modificáveis e comuns. Tais fatores de risco explicam a grande maioria dos desencadeantes destas doenças, sendo comuns a todas as idades, homens e mulheres em todo o mundo. Entre eles destacam-se: alimentações não saudáveis, inatividade física, usam de tabaco e álcool. Cada ano, no mínimo, 4,9 milhões de pessoas morre em decorrência do uso de tabaco; 2,6 milhões de pessoas morrem em consequência de sobrepeso ou obesidade; 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de agravos gerados pelos níveis de colesterol elevado; 7,1 milhões de pessoas morrem como resultado de uma pressão arterial elevada (OMS, 2016).

Visando a saúde, entendida no sentido mais amplo, a OMS tem como principal objetivo, sendo o número um do milênio a erradicação da pobreza extrema e da fome, e para esta erradicação há de ser incluída a prevenção das doenças crônicas. Em resposta às suas necessidades, vários países já adaptaram suas metas e indicadores para incluir doenças crônicas e seus fatores de risco. As revisões da literatura demonstram que todas essas doenças prejudicam o desenvolvimento econômico especialmente em países de melhores economias, como China e a Índia, mas não deixa de ser importante para outros países de menor economia, motivo pelo qual deve ser feito trabalho de prevenção e erradicação dos fatores de risco associados (OMS, 2005).

No Brasil, os maiores fatores de risco para DCNTs encontram-se no aumento da pressão arterial, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação inadequada. A presença de fatores de risco não somente aumenta a mortalidade por essas doenças, como afeta a qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2016).

Em 2011, no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, foram incluídas ações para o enfrentamento dessas e de seus principais fatores de risco modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física,

consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2014).

No município de Pelotas existem as mesmas doenças crônicas como causa principal de óbito, assim como, onde executo meu trabalho, motivando a realização do projeto de intervenção sobre os fatores de risco associados com as doenças crônicas não transmissíveis, visando estratégias e ações educativas para os usuários e a equipe de saúde.

2-OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral

Estabelecer ações educativas sobre os fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis para usuários e para a equipe de saúde na ESF Navegantes no município de Pelotas/RS.

2.2-Objetivos específicos

- Identificar os fatores de riscos em usuários com doenças crônicas não transmissíveis;
- Caracterizar os fatores de risco em usuários com doenças crônicas não transmissíveis;
- Estimular mudanças de estilo de vida para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis;
- Avaliar as mudanças dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis;
- Promover ações educativas para a equipe de saúde da ESF Navegantes.

3-REVISÃO DE LITERATURA

Doenças não transmissíveis é a principal causa de morbidade, mortalidade e morte prematura na região das Américas. Em 2012 foram atribuído 75% de todas as mortes e 200 milhões de pessoas na região sofriam de uma ou várias DCNTs e mais de cinco milhões morreram por causa de uma dessas doenças. Na região das Américas, a probabilidade de morrer de uma a quatro principais DCNTs em pessoas entre 30 e 70 anos de idade é de 15%. Câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias foram responsáveis por 82% das mortes devido as DCNTs (OPAS, 2014).

O rápido crescimento das DCNTs é ocasionado por uma combinação de fatores, incluindo o envelhecimento da população, pobreza persistente e generalizada, mudanças no comportamento humano, que por sua vez estão relacionados ao aumento da disponibilidade de produtos insalubres e promoção intensiva, globalização comercial e os mercados de consumo. O custo relativamente alto de comida saudável ou o difícil acesso a ela, a marginalização do poder tradicional, urbanização acelerada, automação de muitas atividades e a falta de consciência sobre os efeitos nocivos de tais fatores de risco (OPAS, 2014).

A prestação de cuidados médicos para as DCNTs prematura e potencialmente evitáveis representa um desafio para a capacidade e a sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde em todas as partes do mundo. A epidemia de DCNTs vai impor um custo equivalente a US \$ 21,3 bilhões em perdas econômicas aos países de renda média e baixa durante as próximas duas décadas, equivalentes ao total do produto interno bruto (PIB) desses países em 2013 (US \$ 24,5 bilhões) (OPAS, 2015).

Quatro fatores de risco causam a maioria dos óbitos evitáveis e deficiência: alimentos pouco saudáveis, uso do tabaco, uso nocivo do álcool e inatividade física. Estes riscos são gerados por seres humanos e podem ser revertidos por seres humanos. Obesidade, que é evitável, atualmente é causa de cerca de 5% de todas as mortes em todo o mundo. Quase metade dos habitantes adultos do mundo vai sofrer com sobrepeso ou obesidade até 2030 (OPAS, 2015).

É possível destacar quatro tipos de fatores que intervêm na causalidade das doenças, seja como causas necessárias, seja como causas suficientes (OPAS, 2015).

- Fatores predisponentes, como idade, sexo, existência prévia de agravos à saúde, que podem criar condições favoráveis ao agente para a instalação da doença.
- Fatores facilitadores, como alimentação inadequada o aspecto quantitativo ou

qualitativo, condições habitacionais precárias, acesso difícil à assistência médica, que podem facilitar o aparecimento e desenvolvimento de doenças.

- Fatores desencadeantes, como a exposição a agentes específicos, patogênicos ao homem, que podem associar-se ao aparecimento de uma doença ou evento adverso à saúde.
- Fatores potencializadores, como a exposição repetida ou por tempo prolongado a condições adversas de trabalho, que podem agravar uma doença já estabelecida.

Com alguma frequência podemos identificar diferentes fatores de risco para uma mesma doença, o que pressupõe a existência de uma rede de fatores ligados à causalidade. A força de cada fator como determinante do agravo, pode ser variável. Da mesma forma, existem fatores de risco associados a mais de uma doença (OPAS, 2015).

Como exemplos podem citar:

- A doença coronariana, que apresenta diferentes fatores de risco, entre eles o estresse, o hábito do tabagismo, a hipertensão arterial, a vida sedentária, hábitos alimentares;
- O tabagismo pode constituir fator de risco para mais de uma doença, o câncer de pulmão e a doença coronariana (BRASIL, 2015).

Os fatores de risco modificáveis podem indicar que há um grau não negligenciável de desinformação sobre prevenção desses fatores, sugerindo a necessidade constante de medidas de saúde pública que promovem a educação e a prevenção primária, para intensificar estas medidas em indivíduos com fatores de risco (COLTRO et al., 2009).

A estratégia de saúde da família é caracterizada como um modelo que prega no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde desses indivíduos, famílias e comunidades. Sendo que a promoção da saúde é entendida como um processo de capacitação da comunidade para promover a melhoria na qualidade de vida e saúde, incluindo a sua participação neste processo (TOLEDO, 2007).

4-METODOLOGIA

Projeto de intervenção educativa que irá identificar usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que tem associados fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, hábito de fumar, ingestão de álcool e outras substâncias e maus hábitos alimentares e então criar estratégias e ações de saúde em curto prazo conjuntamente com a equipe, procurando mudar estilos de vida mais saudável, para melhorar sua saúde.

A equipe irá nos apoiar nos dados coletados das histórias clínicas individuais as consultas e visitas domiciliares da equipe 10 da unidade básica de saúde e coletar os dados da população com doenças crônicas não transmissíveis, predominantemente com diabetes mellitus e hipertensão arterial, porque estes são mais frequentes e que apresentam fatores de risco, será selecionado um total de 60 usuários, aleatoriamente, com idades superiores há 25 anos. Aos quais preencherão um questionário.

Será feita uma reunião mensal, com data definida pela equipe da estratégia saúde da família, onde serão realizadas tarefas de promoção em saúde e atividades para avaliar fatores como pressão arterial, medição de peso e altura para a retirada de dados para fim de Índice de massa corpórea (IMC), glicemia em jejum e hemoglobina glicada. Serão realizadas palestras, organizadas e lideradas por um membro da equipe (médica, enfermeira, técnica em enfermagem e ou Agente Comunitários de saúde), sendo a mesma preparada adequadamente para palestrar sobre os malefícios do hábito de fumar, consumir álcool para a população alvo, bem como a importância de manter hábitos saudáveis, uma boa dieta alimentar, visando à interação, a escuta dos profissionais da saúde. As atividades propostas deverão ter duração de uma hora, com o devido consentimento dos usuários da unidade de saúde. Ao finalizar o encontro, a equipe se reunirá com o objetivo da análise do trabalho executado, dos dados obtidos e possíveis modificações para encontros posteriores, os aspectos positivos e negativos tirados no encontro, estatísticas de melhoramento e novos recursos a serem utilizados para melhor qualidade no aproveitamento do usuário. Neste processo deverá ser utilizados instrumentos de cunho informativo e educativo, expondo claramente as complicações acima citadas e seus fatores de risco.

5-CRONOGRAMA

Ações	Jun./17	Jul./17	Ago./17	Set/17	Out/17	Nov./17	Dez/17
Apresentação em equipe	x						
Organizar material para projeto	x						
Inclusão/exclusão de os usuários	x						
Organização das atividades	x						
Entrega dos convites aos usuários	x	x					
Consulta coletiva		x	x	x	x	x	x
Avaliar usuários		x	x	x	x	x	x
Realizar acompanhamento		x	x	x	x	x	x
Avaliar processo		x	x	x	x	x	x

6-RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1-Recursos humanos

A Equipe de saúde da família composto por: Uma médica, uma enfermeira, um técnico de Enfermagem, quatro agentes comunitários e um Professor de educação física.

6.2-Recursos materiais

- Termo de consentimento;
- Questionário de fatores de risco
- Sala para realização de grupos;
- Computadores;
- Televisão;
- Prontuário eletrônico, fichas individuais dos pacientes presentes na atividade;
- Balança;
- Esfignomanômetro e estetoscópio;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Folhas.

7-RESULTADOS ESPERADOS

Consideramos que a estratégia de saúde da família foi criada com o objetivo de revolucionar o nível de vida da população, sendo pela promoção e prevenção a saúde, criando estratégias de saúde estabelecidas por uma equipe de trabalho estruturada, sendo um elo da saúde pública com a população.

Com este trabalho a equipe será capaz de alcançar cada indivíduo de forma educacional e preventiva, permitindo assim que novos indicadores de saúde, que atualmente afetam significativamente a expectativa de vida sejam alterados, tendo assim, uma comunidade com maior informação e contribuição. Precisamos assim de mais confiança para alcançar melhores níveis de saúde, tendo neste projeto a esperança de compartilhar as experiências com que cada usuário se tornará mais sensível às suas condições clínicas e serão mais respectivos a seus tratamentos, acompanhando maior número de usuários motivados com suas prováveis mudanças de qualidade de vida e comportamento, com a finalidade de contornar maiores riscos.

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Desigualdades sociodemográficas em fatores de risco proteção para doenças crônicas não transmissíveis: pesquisa telefônica em Campinas, São Paulo. Epidemiol. Serv. Saúde vol.24 no. 1 Brasília enero/mar. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, 2015.
- Longo GZ, Neves J, Castro TG, Pedroso MR, Matos IB. Prevalência e distribuição dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. Rev Bras Epidemiol. 2011
- OMS. (2005). Estadísticas sanitárias mundiais 2005. Júlio 2015, de WHO Sitio web: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>
- JARDIN, PAULO CESAR B. VEIGA. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. V.88 n.4p. 452-457. 2007.
- Organização Pan-Americana da saúde (OPAS). Bloom y cols. Fatores de Risco em Doenças Crônicas não Transmissíveis em na Região das Américas, 2014.
- Organização Pan-Americana da saúde (OPAS). Ministério de Saúde. CHILE. Doenças Crônicas não transmissíveis. Governo de Chile, Março 2015.
- COLTRO et Al. Frequência de Fatores de Risco Cardiovasculares em Voluntários participantes de Eventos de Educação em Saúde. Revista de Associação Médica Brasileira, São Paulo 2009.
- TOLEDO. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma Nova Ótica para Um Velho Problema. Abril- Junho 2007.

9- ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Eu _____ autorizo aos profissionais lotados nesta unidade de saúde da família, a obter meus dados para fins de pesquisa e inserção nas atividades desta unidade a mim propostas, sem maiores prejuízos ou vazamento de dados para outros fins. Concordo com todos os termos a mim propostos e a participar de todas as atividades, ciente de que poderei aderir ou desistir do processo sem maiores prejuízos.

Assinatura do usuário

Assinatura/carimbo do profissional

Pelotas, _____ de _____ de _____

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO****1. Sua idade encontra-se entre**

De 25 a 39 anos ()

De 40 a 49anos ()

De 50 a 54 anos ()

De 55 a 59 anos ()

De 60 a 64 anos ()

Mais de 65 anos ()

2. Sexo:

Masculino: () Feminino: ()

3. Você se autodeclara:

Branca: () Parda: () Preta: ()

4. Você mora sozinho ou com quantas pessoas?

Só () com () pessoas

5. Sua renda familiar é maior ou menor que um salário mínimo nacional R\$938,00?

Maior () menor ()

6. Você participa de algum programa do governo, como Bolsa família,

luz para todos, farmácia popular?

Sim () Não ()

7. Qual seu tipo de moradia?

() alvenaria () taipa () madeira () outros

8. Sua moradia é:

() alugada () própria () cedida

9. Quantos cômodos têm na sua moradia: _____

10. Destino do esgoto:

() céu aberto () fossa séptica () rede de esgoto

11. Destino do lixo:

() coletado () aterro sanitário () céu aberto () enterrado

12. Quantas refeições costuma fazer por dia?

13. Costuma consumir mais:

() Frutas () Legumes e verduras () doces () pães e massas

14. Você sabia que o sal marinho, refinado é um dos principais fatores para a alteração da pressão arterial?

() Sim () Não

14.1. Você consome sal em que frequência? Se não consome substitui por quais temperos?

Sim Não

15. Você sabia que um dos principais auxiliares para o aumento da glicemia são os carboidratos e açúcares (pães, massas, arroz, batata, açúcar refinado, refrigerantes, doces)?

Sim Não

15.1. Você costuma ingerir algum destes alimentos diariamente?

Sim Não

16. Você costuma tomar algum tipo de bebida alcoólica?

Sim Não

16.1 Quais bebidas alcoólicas costuma tomar?

16.2 Com que frequência?

17. Você fuma?

Sim não

17.1 Quantos cigarros por dia?

5 a 10 10 a 20 (1 maço) mais de 20 cigarros

17.2 Há quantos anos faz uso do cigarro?

18. Qual sua doença:

pressão alta diabetes

18.1. Há quantos anos que você apresenta esta doença:

- Menos de 5 anos
- De 5 a 10 anos
- De 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

19. Possui alguma outra doença fora as mencionadas:

Sim Não

19.1. Quais outras doenças?

19.2. Seus problemas de saúde impossibilitam você de fazer alguma atividade na qual fazia antes de ter o problema? Se sim, quais impossibilidades?

20. Você costuma fazer atividades físicas:

Sim Não

20.1 Quais atividades costuma fazer?

20.2 Com que frequência?

- Diariamente
- pelo menos uma vez na semana
- uma vez a cada 15 dias
- Uma vez no mês

20.3 Quantos tempo você costuma ficar praticando atividades físicas:

- de 10 a 30 minutos
- de 30 a 60 minutos
- mais tempo

21. Relacionado a seu peso, você se considera?

- baixo peso
- peso adequado
- sobre peso
- Obeso

ANEXO 3**Folha do usuário****Nome completo:**

Parâmetros medidos	Reunião Data	Reunião Data	Reunião Data	Reunião Data	Reunião Data	Reunião Data
Altura						
Peso						
IMC						
Pressão arterial						
Frequência cardíaca						
Frequência Respiratória						
Glicose						