

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

**MARIA DE LOS ANGELES NAVARRO CISNEROS**

**PORTFÓLIO FINAL**

**NOVO HAMBURGO, 2018**

**MARIA DE LOS ANGELES NAVARRO CISNEROS**

**PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Luiz Farias de Lima Neto.

**NOVO HAMBURGO, 2018**

## **SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	14
4 VISITA DOMICILIAR.....	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Maria de Los Angeles Navarro Cisneros, tenho 52 anos, sou natural de Cuba da cidade de Camaguey, onde cresci e terminei minha educação básica. Através de provas, ingressei ao Instituto Superior de Ciências Médica em 1982, me graduei com o título de médica geral em julho de 1989 pela Faculdade de Ciências Médicas do Instituto Superior Carlos Juan Finlay, uma instituição pública totalmente gratuita.

Iniciei minha carreira profissional como médica em uma área rural no município de Florida; Camaguey por dois anos, e, em seguida iniciei a vinculação aos plantões como estabelece a formação em nossos pais, em diferentes serviços básicos como: Pediatria, Gineco Obstétrica e Medicina Geral. Posteriormente atuei em outros consultórios de medicina familiar e em 1994 após três anos de estudo, obtive o título de especialista em Medicina Geral Integral. No ano 2003, fui trabalhar na Guatemala como médica em um programa de Missão, atuei como médica geral em um hospital em Sayaxche por um ano e logo á cidade de Poptum em uma ONG de crianças com problemas sociais, onde fiquei até 2005. Após trabalhei na Medicina Familiar em meu país; em 2008 fui trabalhar na Bolívia como parte de outra missão médica, no qual atuei como diretora de um Centro Oftalmológico no programa Missão Milagre. Em 2010 retornei a Cuba, na Medicina Familiar e especializei-me em Urgências Médicas. Em setembro de 2015 aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Novo Hamburgo no estado do Rio Grande Do Sul há cerca de 10 meses.

Estou atuando na Equipe de Saúde da Família (ESF) Liberdade, cuja área de abrangência atende aos bairros de igual nome. O território adscrito à ESF corresponde a duas áreas com variedade de nível socioeconômico. O bairro tem uma história, que relata há mais de 150 anos a família Smoll chegou onde hoje é o bairro. Antes de ser demarcada, a área serviu como caminho para o transporte dos tambores de leite. O loteamento começou a ser feito na década de 50, por Willibaldo Horn. Os bairros limítrofes: Industrial, Santo Afonso, Ideal e Primavera. Limites: São Leopoldo tem um de Área: 1,9 Km<sup>2</sup> com um total de Habitantes: 7.905 e Residências: 2.746 com Indústria: 220, Comércio: 37, Serviços: 441.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), saúde mental, infecções de vias aéreas e alergias respiratórias. A população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

O Projeto de Intervenção na USF foi sobre **Capacitação dos agentes comunitários de saúde e usuários sobre a prevenção de alergias** (vide ANEXO 1). Este projeto foi direcionado para os ACS usuários e familiares com a proposta de potencializar um ótimo controle entre os episódios, o que melhoraria o prognóstico e a qualidade de vida. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência de doenças respiratórias pela industrialização no território da equipe e a pouca preparação sobre o tema entre os ACS, os doentes e familiares fortalecendo a prevenção.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

### Caso clínico:

Identificação: J.V.M

Idade: 45 anos.

Sexo: masculino.

Profissão: Motorista.

Estado civil: divorciado e casado de segunda união.

Cor: preto.

HDA: paciente rastreado como suspeito de ser hipertenso durante a visita do agente comunitário de saúde; embora fosse totalmente assintomático, foi agendado para uma consulta com enfermeira.

Na consulta, informou que eventualmente sentia um pouco de tonturas, mas não preocupava-se, já que também bebia e pensava que era alguma coisa relacionada com o “fígado”. A pressão arterial medida na consulta foi de 160/100 mmhg (média de 3 medidas).

### Antecedentes pessoais:

Tabagista, consumo de 20 cigarros/dia (está querendo abandonar o vício). Faz uso moderado de bebidas alcoólicas. Sedentário no momento, mas até 6 meses atrás caminhava 2 x semanas. Não sabe se é diabético, mas informa que já teve colesterol alto.

### Antecedentes familiares:

Pai diabético e hipertenso (falecido AVC); mãe morreu de infarto aos 76 anos, tem um irmão de 20 anos com problemas no coração.

### Exame físico:

Altura: 1.65 cm; peso: 86 kg; IMC:31.25 obesidade classe 1

Pulso: 82 bpm (cheio regular)

PA: 180/106 mmgh (média de 3 medidas)

Exame físico: NDN.

### Conduta:

- \*Confirma o diagnóstico de HAS.
- \*Orienta sobre alimentação e mudanças do estilo de vida.
- \*Solicita exames de complementares (Hg,colesterol total e frações, creatinina,triglicerídeos, EQU,microalbuminúria,glicemia,potássio e ECG ).
- \*Orienta diminuição do sal as comidas.
- \*Identifica o paciente como no estágio de preparação /ação quanto á cessação do hábito de fumar.
- \*Identificou a obesidade e orientou mudança nos hábitos alimentares.
- \*Como não havia horário disponível na agenda médica, agendou uma consulta em uma semana com os resultados dos exames.
- \*Agendo uma visita a família para conversar sobre hipertensão arterial, fatores de risco e mudança nos hábitos de vida.

### **SEGUNDA CONSULTA: Médica**

Retorno com resultado dos exames solicitados pela enfermeira, com relato que ficou muito assustado e começou a cuidar a alimentação imediatamente após a consulta, permanece com uso de tabaco.

Exame físico:

PA:170/110 mmgh (média de 2 medidas). Não há diferença importante de um braço ao outro.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.

Exame dos pulsos periféricos; palpados nos 4 membros, simétricos e de amplitude semelhante.

Sem edemas nos membros inferiores

Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas normais, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide sem alteração.

Exame do abdome: RH normais, sem massas abdominais palpáveis. Sem ausculta de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.

Exame neurológico normal.

São apresentados os exames solicitados na consulta de enfermagem pelo paciente:

Glicemia:100 mg/dl

Colesterol total:256 mg/dl

HDL colesterol:35 mg/dl

LDL colesterol: 171 mg/dl

Creatinina:1,0 mg/dl.

Potássio: 4,1 mEq/l

EQU; proteínas xx

Microalbuminúria: 52 mg/dl.

ECG: Normal ritmo sinusal.

Diagnósticos:

-HAS.

-Dislipidemia.

-Obesidade.

-Tabagismo.

Objetivos da investigação laboratorial:

\*Confirmar a elevação da pressão arterial.

\*avaliar lesões em órgãos - alvos.

\*Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e comorbidades.

\*Diagnosticar a etiologia na hipertensão.

\*Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global.

\*Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.



\*Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº15. Brasília. 2016:

**Hipertensão Arterial** é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (MINISTERIO DA SAÚDE.2016)

Classificação da pressão arterial em adultos:

Classificação	PAS(mmgh)	PAD(mmgh)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão.	120-139	80-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	$\geq$ 160	$\geq$ 100

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo, conforme os Critérios de Escore de Framingham. (MINISTERIO DA SAÚDE .2016)

Calculo:

Idade:2 ptos.

LDL-C:1 ptos

HDL-C: 1 pto.

PA: 2 ptos.

Diabetes associada: 0 ptos.

Tabagismo: si 1 pto.

Resultado 22% de risco ECV

## CONDUTA:

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, pode-se estabelecer três graus distintos de risco cardiovascular, baixo, moderado ou alto. (MINISTERIA DA SAÚDE.2016)

\*Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano). \*

Segundo a revisão de Caderno de Atenção Básica para a Decisão terapêutica segundo risco e pressão arterial:

Risco	Baixo	Moderado	Alto
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV até em 12 meses	MEV** até me 6 meses	TM
Estágios 2 (>160 />100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

\* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabete melito.

\*\* TM se múltiplos fatores de risco

\*Paciente com estágio 1 com risco alto. Mudanças de estilo de vida e Tratamento medicamentoso. \*

-Mudança no habito de vida, reforço orientações dadas pela enfermeira.

-Encaminhamento a nutrição para dieta, oriento sobre: restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food. Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas.

-Oriento que iniciasse caminhadas de 30 minutos ao dia 3 vezes por semana.

-Conversa sobre o fumo e reforço a importância para sua saúde de para seu consumo.

-Controle do peso.

Início de tratamento farmacológico.

Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº15 Hipertensão Arterial Sistêmica os princípios gerais do tratamento são:

- O medicamento anti-hipertensivo deve:

- Ser eficaz por via oral;

- Ser bem tolerado;

- Permitir a administração em menor número possível de tomadas, diárias, com preferência para posologia de dose única diária.

- Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.

- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios 2.

- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.

- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.

- Considerar as condições socioeconômicas.

Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às

características da hipertensão. Não há evidências de ação diferenciada das drogas anti-hipertensivas em nossa população. Entretanto, estudos recentes em populações de indivíduos negros norte-americanas, o uso de iECA se mostraram menos eficazes, especialmente na prevenção de AVC, que outras classes de anti-hipertensivos. Devendo, portanto, não serem considerados de primeira escolha nesta população. (MINISTERIO DA SAÚDE.2016)

Início com Hidroclorotiazida 25 mg ½ comp. de manhã e propranolol 40 mg 1 comp. de 12/12 horas e Sinvastatina 40 mg 1 comp à noite.

Segundo o estudo desenvolvido pela Sociedade Mexicana de Cardiologista Rev. Mex. Cardiol.vol.24.no.3.México.jul. /Sep..2013 onde relata que:

As mudanças terapêuticas no estilo de vida do paciente (nutrição correta, atividade física, controle de peso, cessação do tabagismo) são consideradas de primeira linha para todos os pacientes com dislipidemia. Na maioria dos pacientes, isso só melhora as concentrações de lipídios modestamente (redução do colesterol total). A farmacoterapia deve, de preferência, ser iniciada na primeira visita, em conjunto com mudanças de estilo de vida em indivíduos de alto risco e naqueles em que as mudanças de estilo de vida não são eficazes e não atingem o objetivo do colesterol LDL.

Marco retorno para 3 meses.

Consulta de nutrição após 7 dias:

Altura: 1.65 cm; peso: 86 kg; IMC:31.25 obesidades classe 1

Orienta uma dieta rica em fitoesteróis (substâncias vegetais presentes nos grãos comestíveis como sementes, soja, cereais, especialmente milho, legumes, frutos secos), proteína de soja, fibras solúveis e amêndoas é capaz de reduzir níveis de colesterol total e sua fração LDL-C em magnitude similar àquela obtida com estatinas. Comidas pobre em sal, rica em potássio e com grande quantidade de frutas, legumes, verduras e produtos lácteos.

Fornecer guia alimentar que pode usar como referência.

Retorno mensal.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**

Mundialmente as pessoas com transtornos mentais são cada vez mais prevalentes, principalmente nos países em desenvolvimento, devido a problemas persistentes como os associados à pobreza (falta de moradia, urbanização não ordenada, baixa escolaridade), inapropriadas condições laborais, transição demográfica, conflitos sociais, dentre outros. Os transtornos mentais constituem hoje uma causa muito frequente de incapacidade, perda de anos de vida saudáveis, sofrimento e morte por suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002)

Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuraram os serviços primários de saúde eram considerados indivíduos com distúrbios mentais não psicóticos (COUTINHO - 2009)

Ao começar a trabalhar na ESF, percebo que a demanda de pacientes com problemas de saúde mental e uso de psicotrópicos eram elevadas, quase todos usavam esse medicamento sem saber o por-que de ter sido prescrito, só renovavam as receitas. Após verificar essa situação, me deparei com possibilidade realizar um trabalho organizado, fazendo que a população atendida melhorasse sua saúde mental, inserindo atividades de promoção a saúde, prevenção e controle das doenças a partir do trabalho em equipe com interação de todos seus integrantes e outros setores profissionais, que poderiam ajudar a evitar uso inadequado destes medicamentos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Buchele et al. (2006), ao entrevistarem profissionais integrantes de equipes de Saúde da Família de um município da Grande Florianópolis, observa que dentre outros dados, que muitos acreditam que a assistência em saúde mental está relacionada com a assistência especializada, e que, portanto, não cabe a eles resolver.

Acontece muitas vezes que as equipes não se julgam capacitada para atuar na área da saúde mental, que há uma tendência terapêutica que privilegia a medicalização do doente e da doença em detrimento de outras modalidades terapêuticas. Ainda constataram a existência de uma concepção da assistência

prestada em saúde mental com base na separação por diagnóstico, o que evidencia o processo de institucionalização e alisamento e favorece a lógica do encaminhamento aos hospitais psiquiátricos.

Assim, cabe avaliar se as ações da Atenção Básica que se destinam aos aspectos subjetivos, ou seja, à saúde mental, atingem o compromisso de atender de forma adequada, resolutiva e por uma equipe capacitada a essas demandas de maneira a manter esse âmbito da rede como base para promover a saúde em seus amplos aspectos.

De acordo com MS (BRASIL, 2003), as ações de saúde mental na atenção básica, fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas e buscar o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Aos começos as causas mais comuns ao interrogar aos pacientes com uso deste grupo de remédios eram casos de depressão, ansiedade generalizada sem supervisão médica por mais de um ano, só trocavam receita levando isso a dependência química, uso excessivo de medicamentos (benzodiazepínicos). Antes esta situação se criou uma questão. Seria possível promover a saúde mental sem promover a saúde física? Seria possível promover a saúde bucal, sem promover a saúde mental?

Pois se organizou uma consulta com horários marcados só para pacientes de saúde mental e se iniciou a fazer trabalho voltado para a promoção da saúde mental. Assim como fazíamos grupos de hipertensos, diabéticos, tabagismo, adolescentes, gestantes e de nutrição. Com o objetivo de a saúde mental não fosse sempre encarada como especialidade; por não ser da alçada dos diferentes profissionais, encaminha-se, ao passo que se esquece da integralidade do sujeito, desresponsabilizando-se.

Se logro apoio matricial com pessoal do CAPS, muitas vezes necessário antes das situações, inclusive participando em consultas juntas em algum caso pertinente.

Na medida em que as ações foram desenvolvidas se percebeu uma melhora na qualidade de vida de este grupo.

As ações de promoção à saúde acontecem prioritariamente nos serviços de atenção primária, já que se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, o que possibilita, por causa da proximidade com a casa e com a comunidade, a criação de espaços coletivos de discussão e de resolução dos problemas postos pela vida em sociedade. A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

#### **4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliar (VD) é um instrumento que permite a construção de novas relações entre os diferentes sujeitos, permitindo, na prática, entender a totalidade dos condicionantes que afetam a vida do cidadão. Este é um espaço privilegiado, pois propicia o desenvolvimento de habilidades de comunicação, permite ao estudante conhecer o contexto, o território do paciente, além deste também se aproximar do modo de vida das pessoas e do trabalho na Atenção Primária à Saúde.

##### **VISITAS DOMICILIARES:**

As sextas-feiras de tarde a equipe têm planejado as VD para fazer segundo as demandas dos ACS e as demandas próprias dos familiares dos pacientes, procurando seguir um fluxo organizado para abranger uma ampla cobertura aos pacientes com maior necessidade.

No dia 7/04/2017 às 13h30min iniciamos nossa visita domiciliar em duas residências, vou descrever a situação de nossa primeira visita domiciliar desse dia.

**Participantes:** Enfermeira, nutricionista, médico e motorista da SMS.

Residência localizada no bairro Liberdade do município Novo Hamburgo. Ao chegar na casa nos recebe Bruno esposo da paciente e filha Marcia.

Casa de madeira com boas condições estruturais, filha Marcia mora na casa nos fundos junto com esposo e filhos.

**Paciente alvo:** Dona M.D.S 79 anos acamada com quadriparesia faz 3 anos por AVE de etiologia imprecisa, antecedente de HÁS, há 11 anos, é ex-tabagista (fumo por mais de 30 anos).

Se observa no leito Fowler consciente, desorientada em tempo, espaço e pessoa, como pouca movimentação espontânea.

Cuidador: Maior parte do tempo o cuidador é Bruno, esposo de 81 anos com HAS compensada, ativo com bom estado geral. Estão casados mais de 40 anos, tem 3 filhos, Marcia a filha que mora perto, mais 2 filhos que moram em outra cidade. À filha Marcia trabalha durante o dia de segunda a sexta, se encarrega



da preparação dos alimentos da paciente e cuidados da higiene.

**Medicamentos em uso;**

Losartana 50 mg 12/12 h.

Hidroclorotiazida 25 mg 1 comp de manhã.

Clopidogrel 75 mg 1 comp no almoço.

Uso de fraldas descartáveis fornecidas pela farmácia no estado.

**Situação de saúde é de vida:**

Esposo aposentado, filhos apoiam financeiramente aos gastos. Família com boa dinâmica, apoio de todos antes a situação da paciente, sendo os principais responsáveis pelos cuidados Bruno e filha Marcia.

**Situação de saúde da paciente:**

Paciente acamada faz 3 anos, com ótimos cuidados dada sua situação de quadriparesia, não se observo ao exame físico úlceras de decúbito, boa higiene com uso de colchão piramidal e óleo Dersani para sua prevenção.

São oferecidos alimentos liquefeitos em uso de espessantes fornecido pela Nutricionista como suplemento nutricional, antes seu estado nutricional de desnutrida, faz uso deste espessante faz 3 anos com boa aceitação e melhora do estado nutricional.

**Ações da equipe neste caso:**

Cuidar de pacientes acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial. Devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência e compreensão, neste caso se observa os bons cuidados da família, sem deixar de ser cuidadoso com a situação do Bruno, idoso portador de uma doença crônica e sendo ele quem fica mais tempo com ela.

Essa visita serviu para oferecer informações integradas a família para melhorar os cuidados, a Nutricionista explicou a filha o adequado modo de preparação do espessante. Se fiz uma conversa interativa a modo de perguntas a os cuidadores sobre como faziam movimentação da paciente? De quanto em quanto tempo trocavam a roupa de cama? Com que intervalo ofereceriam água e alimentos a

paciente?

Ao final da visita se ofereceu um folheto feito por estagiarias de enfermagem para os cuidados de pacientes acamados que contendem informações sobre:

Algumas sugestões sobre higiene bucal e corporal: Banho, cuidados com a pele, higiene bucal, higienização das mãos, cuidados nas refeições, cuidados na hora de dar os remédios, transporte para a cadeira de rodas ou para a cama, o que é uma úlcera de pressão? Entre outras dicas.

Aqui neste caso que era a primeira visita por parte desta equipe a esta paciente o principal objetivo foi encaminhado ao:

\* Conhecer a situação de saúde dela paciente para poder auxiliar no controle e prevenção de outras doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.

\*Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde doença.

\* Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.

\*Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta importante para a prática dos profissionais de saúde, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF). É utilizada objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde define Assistência Domiciliar como a provisão de serviços de saúde, com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (BRASIL, 2003).

Acredita-se que as mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família têm repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual, a um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

Entendemos a visita domiciliar (VD) como uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. Momento de promoção da saúde, surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado. Essas visitas são realizadas por vários profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde (GRAGARANO, 2014).

Após a VD a equipe discute o caso na reunião de todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros, considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas.

## **5 REFLEXÃO CONCLUSIVA**

“Para atingirmos os nossos objetivos é preciso ter muita persistência, e nesse caminho existem sempre pessoas dispostas a nos ajudar. ”

A pós-graduação em Especialização em Saúde da família tem sido uma experiência única na minha vida como profissional, após anos de formada esta experiência tem sido muito boa e tem ajudado a melhorar e atualizar-me nos protocolos usados na Atenção Primária aqui no Brasil.

Gostei muito da forma de ensino deste curso, tem sido a primeira vez que realizo pós-graduação modalidade on line, e achei muito interessante a forma de usar reflexões bem colocadas de situações vivenciadas nas unidades de saúde.

Ao iniciar a atuação no Programa Mais Médico na estratégia da saúde da família, existiam muitas dúvidas em relação a fluxos e protocolos estabelecido que não se cumpriam, ações que poderiam ser feitas e não eram realizadas. Com este curso melhorou muito a atenção e atividade na equipe onde atuo, e me ajudou tanto em conhecimentos, como também aos demais membros da equipe e o mais importante ala melhora da atenção aos indivíduos.

Em geral aprendi sobre as mudanças de posturas e superação profissional, compreender, planejar, executar e avaliar, e conhecer a estratégia de saúde da família no Brasil, compreendendo os princípios da atenção primária de Saúde (ASP) e os conceitos básicos de saúde da família e assim poder ajudar a organizar a atuação da equipe e discutir o papel do profissional de saúde e as estratégias de atuação com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, com base nos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 16 (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Cadernos de Atenção Básica, n. 40)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea vol 1-2/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28-29).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em Casa A segurança do Hospital no conforto do seu lar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Domiciliar.Vol.1-2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FERNANDES, J.D. MACHADO, M.C. R, OLIVEIRA, Z.N.P. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas –Parte 1. **An Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro.v.83.2008.

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

María de Los Ángeles Navarro Cisneros

Capacitação dos agentes comunitários de saúde e usuários sobre a  
prevenção de alergias na **USF** Liberdade, no município de Novo Hamburgo /RS

Porto Alegre,

2017

## SUMÁRIO

As alergias são respostas exageradas do sistema imunológico a substâncias estranhas ao organismo e que geram uma hipersensibilidade a um estímulo externo específico, geralmente são inaladas, ingeridas, injetadas ou colocadas em contato com a pele. Elas são doenças inflamatórias sistêmicas que expressam manifestações clínicas em diferentes órgãos alvos, por exemplo: rino-conjuntivite alérgica, asma brônquica, dermatite atópica, alergia alimentar, etc. Além disso, resultam das interações complexas entre fatores ambientais e genéticos, daí sua expressão fenotipicamente heterogênea, enfim, são multifatoriais. Estão se convertendo na epidemia não infecciosa do século XXI e apresentam-se subdiagnosticadas, subvalorizadas e subtratadas tendo como vítimas os que sofrem deste mal. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo traçar uma estratégia para a capacitação do tratamento preventivo das alergias. Em um grupo constituído pelos: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pacientes alérgicos e seus familiares, na Unidade de Saúde da Família (USF) Liberdade, no município de Novo Hamburgo/RS. Inicialmente, serão levantados os conhecimentos prévios dos participantes. Num segundo momento será realizado uma estratégia de educação teórica prática sobre o tema, a partir das necessidades encontradas. Num terceiro momento será avaliado o conhecimento adquirido pelo grupo, bem como, a prevenção e autocuidado das alergias.

**Palavras-chave:** Alergia; Prevenção; Educação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
2.	Objetivos .....	6
1	Objetivo Geral .....	6
2	Objetivo Específico .....	6
3.	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	7
4.	<b>METODOLOGIA</b> .....	1
	2	
5.	Recursos necessário.....	14
6.	Cronograma de Execução .....	15
7.	Resultados Esperados .....	16
8.	Referências .....	17
9.	Anexos.....	21



## 1. INTRODUÇÃO

Alergias são respostas exageradas do sistema imunológico a substâncias estranhas ao organismo e que geram uma hipersensibilidade a um estímulo externo específico (alérgenos). As substâncias geralmente são inaladas, ingeridas, injetadas ou colocadas em contato com a pele. Deve-se diferenciar entre alergia e intolerância. Alergia ocorre quando o sistema imunológico “acredita” que uma substância inofensiva seja perigosa e reage a ela com sintomas típicos. Na intolerância ocorrem reações adversas que não envolvem o sistema de defesa. Essas reações acontecem, sobretudo, na esfera alimentar (ROBERT, 2012).

As alergias são doenças inflamatórias sistêmicas que expressam manifestações clínicas em diferentes órgãos alvos, por exemplo: nariz (rinite alérgica), conjuntiva (conjuntivite alérgica), os brônquios (asma brônquica), pele (dermatite atópica), reações a alimentos (alergia alimentar), etc. Além disso, resultam das interações complexas entre fatores ambientais e genéticos, daí sua expressão fenotipicamente heterogênea, um verdadeiro alérgico é aquele que apresenta predisposição genética (atopia), enfim, é multifatorial, por isso muitas vezes na atenção básica o processo do trabalho na saúde da família, envolve muitos desafios, dentre eles o atendimento da população, sobretudo de caráter preventivo e, o relacionamento interdisciplinar (BALDACARA, 2013).

As alergias estão se convertendo na epidemia não infecciosa do século XXI e o Brasil não está fora desta realidade, mesmo assim, apresentam-se subdiagnosticadas, subvalorizadas e subtratadas tendo como vítimas os que sofrem deste mal (CASTRO-RODRIGUEZ, 2006).

A hipersensibilidade do sistema imunitário é uma desordem comum que afeta quase um quarto da população inteira, entre os mais vulneráveis estão os doentes atópicos. O número de pessoas que sofrem de uma reatividade excedente de seus sistemas imunitários às substâncias relativamente inofensivas está aumentando. O tratamento e a prevenção das alergias revolvem em torno do tema que algumas reações alérgicas podem ser risco de vida e o diagnóstico e a compreensão do risco de exposição é importante. Por outro lado, são doenças crônicas que alteram o dia-a-dia das crianças, doentes e respectivas famílias. Podem provocar perturbações sociais e psicológicas e também perturbam o seu bem-estar e qualidade de vida. A maioria delas evoca emoções, medos e expectativas, justifica tratamentos que podem induzir mal-

estar, constituem um fator importante de estresse na vida das crianças e ou famílias, é multifatorial e complexa (CHONG NETO, 2013).

Por tudo isso é preciso traçar uma estratégia de capacitação para elevar os níveis de conhecimentos na população afetada sobre a temática mencionada, para potencializar um a ótimo controle entre os episódios, o que melhoraria o prognóstico e a qualidade de vida.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

- Traçar uma estratégia para a capacitação do tratamento preventivo das alergias direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde, usuários e familiares da USF Liberdade, no município de Novo Hamburgo /RS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Proporcionar para todos os ACS, usuários e familiares o manejo correto do tratamento preventivo das alergias;
- Classificar a doença alérgica no grupo de pacientes por idade e sexo;
- Traçar um plano de intervenção didático-educativo para a capacitação do pessoal sobre prevenção das alergias;
- Avaliar os conhecimentos adquiridos, pelos ACS, usuários e familiares, posterior à estratégia utilizada.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Asma é uma palavra grega -  $\alpha\sigma\mu\alpha$ - que significa ofegante, dificuldade na respiração. Foi utilizado pela primeira vez por Homero na *Ilíada*, Hipócrates, descreveu a asma como um ataque paroxístico, mais severo do que uma simples dispneia. A condição espasmódica da asma era comparada a uma convulsão epiléptica, que era vista como um castigo divino. Coube a Galeno e Aretaeus da Capadócia, a observação de que a asma era mais frequente no inverno do que no verão, e ocorria principalmente à noite. Segundo Galeno, os sintomas da asma decorriam primariamente por obstrução nos pulmões (MAGALHÃES, 2015).

Na Idade Média o primeiro relato de rinite alérgica ou "febre do feno" foi feito pelo proeminente médico islâmico, conhecido na Europa medieval como Rhazer. Thomas E Willis, na Inglaterra, ficou conhecido como renomado neuroanatomista. Na asma foi o primeiro a reconhecer que se tratava de uma doença brônquica, em que ocorria a "contração do brônquio". Ramazzini estabeleceu relação entre poeiras irritantes orgânicas com a dispneia. William B. Osler (1849-1919) em seu livro *The Principles and Practice of Medicine* fez referências à inflamação das vias aéreas em algumas formas de bronquites obstrutivas. Paul Erlich (1854-1915) descreveu as características tintoriais dos grânulos dos mastócitos (PRIETSCH, 2008).

Em 1902 - Charles Robert Richet (Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina - 1913), professor de fisiologia em Paris, e Paul Portier descreveram o fenômeno da "anafilaxia". Em 1906 - Clements von Pirquet e Bela Shick destacam a reação antígeno-anticorpo, 1907 é identificada a estrutura da Histamina por Adolf Windaus e Karl Vogt. Por outro lado em 1921 - Otto Carl Prausnitze Heinz Küstner realizou uma experiência clássica, conhecida posteriormente como o teste PK ou teste de transferência passiva. No ano 1963 - Coombs e Gell fizeram a classificação das doenças alérgicas. Em 1965 - Kimishige Ishizaka e Teruko Ishizaka nos Estados Unidos, trabalhando com polens de ambrósias, isolaram uma fração rica em reagidas (anticorpo ou Inmunoglobulina IgE) de um paciente muito sensível à ambrósia. Em 1967 - M.I.A. Spieksma e Reindert Voorhorst, do Departamento de Alergologia de Leiden, identificaram o ácaro da poeira, o *Dermatophagoides pteronyssinus*. No ano 1968, Foi descrito o primeiro  $\beta_2$ -agonista seletivo, o salbutamol. Em 1970, demonstrou-se que a SRS-A deriva do ácido araquidônico através de uma via diferente das prostaglandinas.

Por outra parte em 1971, Susan Leeman determinou os onze aminoácidos da estrutura do peptídeo substância P (SP) muito relacionada com a inflamação e em 1982 a interleucina 4 (IL-4) foi identificada como fator de proliferação de linfócitos B produtor de anticorpo responsável das alergias a IgE (PRIETSCH, 2008).

As alergias são respostas exageradas do sistema imunológico a substâncias estranhas ao organismo e que geram uma hipersensibilidade a um estímulo externo específico (alérgenos). As substâncias geralmente são inaladas, ingeridas, injetadas ou colocadas em contato com a pele. Deve-se diferenciar entre alergia e intolerância. Alergia ocorre quando o sistema imunológico “acredita” que uma substância inofensiva seja perigosa e reage a ela com sintomas típicos. Na intolerância ocorrem reações adversas que não envolvem o sistema de defesa. Essas reações acontecem, sobretudo, na esfera alimentar (BRASIL, 2012).

É a alergia causada por componentes ambientais inalados, chamados de aeroalérgenos (alérgenos suspensos no ar). Os mais comuns são os ácaros da poeira doméstica, mofo (fungos do ar), caspas de animais (gato, cão e outros) e pólenes de plantas domésticas ou externas. Esses alérgenos usualmente afetam o sistema respiratório causando espirros, coriza, obstrução nasais, coceira nos olhos, lacrimejamento e falta de ar. A rinite alérgica e a asma são as principais doenças alérgicas respiratórias (CASTRO-RODRÍGUEZ, 2006).

Entre as doenças alérgicas mais frequentes, encontram-se: a rinoconjuntivite alérgica, a asma brônquica, as dermatites atópicas, a alergia alimentar, alergia por medicamentos, picadas de insetos, alergias por contato, entre outras que desencadeiam sintomas, que diminuem qualidade de vida, dos pacientes, além disso, provocam elevado custo individual e para o sistema sanitário (BALDACARA, 2013).

A asma é uma síndrome de obstrução das vias aéreas que ocasiona elevada morbidade e mortalidade. Nas últimas três décadas, o número de casos aumentou em média 1% ao ano. Acomete, aproximadamente, 200 a 300 milhões de indivíduos e é particularmente comum nos países desenvolvidos (MAGHAHÃES, 2015), onde 10% a 30% das crianças e dos adultos são acometidos. No Brasil, 19% e 25% dos adolescentes e crianças, respectivamente, apresentam diagnóstico de asma e as taxas de prevalência mais elevadas foram observadas nos centros das regiões Norte, Nordeste e Sul (PRIETSCH, 2008).

A comissão de experts da Organização Mundial da Saúde (OMS) define a asma como um “transtorno inflamatório crônico das vias aéreas, em que intervieram vários tipos de células, particularmente os mastócitos, eosinófilos e linfócitos T. Em indivíduos susceptíveis, esta inflamação causa episódios recorrentes de chiados, dispneia e tosse, particularmente á noite e ao despertar da manhã. Estes sintomas se associam, geralmente, com obstrução bronquial difusa, de intensidade variável e pode ser parcialmente reversível de forma espontânea ou com tratamento. A inflamação também causa um aumento da resposta das vias aéreas aos vários estímulos” .(MACEDO, 2007).

Na atualidade não deveria falar de asma como uma única doença clínica, mas bem constitui uma “síndrome asmática”, é por isso que existem distintos fenótipos asmático que tem uma via final comum caracterizada pela obstrução bronquial recorrente. Falado de outra maneira pode-se considerar a asma como uma condição heterogênea com diferentes fenótipos e expressões clínicas que dependem da idade, género, bagagem genética e exposição ao ambiente (BALDACARA, 2013).

A rinite alérgica (RA) pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e, apesar de não estar entre aquelas de maior gravidade, é um problema global de saúde pública, também, porque afeta a qualidade de vida dos pacientes e dificulta o controle da asma. A prevalência tem aumentado ao longo dos anos e provavelmente é subestimada, pois muitos indivíduos não a reconhecem como uma doença e não procuram atendimento médico. Por outro lado, os profissionais de saúde frequentemente negligenciam a rinite. Ainda assim, a rinite alérgica encontra-se entre as dez razões mais frequentes para a procura de atendimento primário à saúde (SOLÉ, 2004).

A realização do International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) no Brasil mostrou que a prevalência média de sintomas relacionados à rinite alérgica foi 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares. Quanto aos sintomas relacionados à asma ativa, a prevalência média foi de 19,0 e 24,3% entre adolescentes e escolares, respectivamente. O Brasil está no grupo de países que apresentam as maiores taxas de prevalência de asma e de rinite alérgica no mundo (SOLÉ, 2004).

A RA é definida como inflamação da mucosa de revestimento nasal, mediada por IgE, após exposição a alérgenos e com os sintomas: obstrução nasal, rinorreia aquosa, espirros e prurido nasal. De acordo com a frequência de

sintomas a rinite alérgica anteriormente, era classificada como: sazonal ou perene. Segundo recomendação da iniciativa Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) e da Organização Mundial da Saúde, a classificação da rinite alérgica deve levar em consideração a duração (intermitente ou persistente) e a gravidade dos sintomas, incluindo aspectos de qualidade de vida (NEVOT, 2009).

A asma e a rinite alérgica como doenças de relevância significativa no Brasil à identificação de fatores de risco aos quais os habitantes dos diferentes centros possam estar expostos é passo fundamental para a possível elucidação da etiopatogenia da asma e das doenças alérgicas nessas localidades. Somente assim, será possível se estabelecer estratégias para o melhor controle e quiçá para a prevenção dessas doenças (OMS, 2015).

A alergia causada pelos alimentos manifesta-se de várias formas com sintomas como eczema, diarreia, náusea, inchaço na garganta e nos olhos, queda da pressão e, em casos graves, choque anafilático. Os principais alimentos que causam alergias são o leite de vaca, ovo, soja, amendoim, peixes e crustáceos (SALESLANA, 2012).

A alergia alimentar pode ser definida como uma reação adversa a um antígeno alimentar mediada por mecanismos fundamentalmente imunológicos. É um problema nutricional que apresentou um crescimento nas últimas décadas, provavelmente devido à maior exposição da população a um número maior de alérgenos alimentares disponíveis (MORENO, 2015).

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória da pele, com especial prevalência na infância; igual para ambos os sexos seu sintoma fundamental é o prurido, que pode condicionar um círculo vicioso de trauma mecânico-inflamação-prurido. A DA pode ser a primeira etapa para desenvolver a doença alérgica e constituir o primeiro passo da denominada “marcha atópica” e, neste sentido, é de especial importância às estratégias dirigidas a sua prevenção (RODRÍGUEZ, 2007).

Considerando, portanto as alergias como uma expressão clínica de doença sistêmica inflamatória, que apresenta base imunológica, isso significa que a população, doentes e familiares tem pouco conhecimento para o manejo correto na sua prevenção, fomos motivados para a realização deste projeto de intervenção onde se possa traçar uma estratégia de capacitação com enfoque proativo sobre prevenção das alergias na Unidade de Saúde Familiar Liberdade, mesmo assim que permita elevar qualidade de vida nestes pacientes e diminuir a ansiedade familiar no manejo do tratamento deles. A vinculação deste trabalho

é uma construção de TCC realizada no curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do SUS.



## **4. METODOLOGIA**

### **Público-alvo:**

Agentes Comunitários de Saúde (10), 52 pacientes portadores de alergias e 23 familiares para um total de 85 pessoas.

### **Desenho da operação**

Classificação: Projeto de intervenção

Após o levantamento do problema, o projeto de intervenção é indicado para realização de ação de capacitação proativa sobre as alergias com a participação do público-alvo mencionado acima, a fim de conscientizar, aproximar e prevenir desenvolvimentos de sintomas, evitar internação e manejo dos pais e pacientes do tratamento correto para elevar qualidade de vida nestes pacientes.

- Local do projeto de Intervenção

O projeto será realizado na Unidade de Saúde Familiar, do bairro Liberdade do município de Novo Hamburgo, na sala de reunião e na comunidade da área de abrangência.

1º Passo: Entrevista com Gerente, ACS e a Equipe do trabalho para levantamento de dados e saber como está e identificar a situação das alergias na área de abrangência.

2º Passo: Capacitação da equipe sobre o projeto de intervenção.

3º Passo: Aplicação do questionário antes da intervenção e sistema de capacitação dirigida ao público-alvo (anexo 1).

4º Passo: Aplicação da estratégia de capacitação, com os seguintes temas:

- Introdução ao curso, realização do questionário (anexo 1), conceitos de alergia e atopia, classificação das principais doenças alérgicas, sintomas das doenças, fatores desencadeantes e aeroalergenos, reconhecimentos de sinais de alarme e complicações e estudo em grupo.
- Medidas de controle meio ambientais (anexo 2), dieta não

histaminoliberadora (anexo 3), reabilitação respiratória, adesão aos tratamentos, observação e exemplos de atitudes inadequadas de pacientes e familiares e estudo em grupo

- Tratamento com broncodilatadores, antistaminícos, corticoides inalados e imunoterapia, não automedicação, procure um médico, discussão de casos em grupo através de exemplos clínicos.
- Ensino pratica da técnica inalatória bronquial e nasal.
- Avaliação final

5º Passo: Avaliação final e conclusões do curso.

### **Parcerias Estabelecidas**

- Os ACS serão os responsáveis por trazer os pacientes e familiares selecionados para a pesquisa ativa na área de abrangência. Teremos também os prontuários com hipóteses de doenças por alergia, tais como: Asma Brônquica, Rinite Alérgica, Dermatite Atópica, Síndrome Respiratória Alérgica, Alergia Alimentar e Alergia a Medicamentos, entre outras e o trabalho conjunto com autora da investigação.

## 5. Recursos Necessários

- Humanos

Dra. Maria de los Angeles Navarro Cisneros (8 horas por semanas).

Grupo de apoio composto por: Secretária de Saúde, Gerente, Subgerente Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Nutricionista, Fisioterapeuta da Unidade (2 horas por semanas).

- Materiais

- Local de reunião.
- Cartazes e folders educativos.
- Papel, canetas, lápis, cartões ou plaquetas de identificação dos pesquisadores de campo, datilografia, Xerox e encadernação.
- Computador.
- Pendrive.
- Tinta para impressora.
- Televisão.
- Quadro.
- Spray bronquial
- Equipe de nebulização com máscaras para crianças e adultos.
- Espaçadores.

### Orçamento

Material	Gasto na intervenção
-Material de escritório.	R\$ 40,00
-Cartazes e folders educativos.	R\$ 200,00
-Lanches por encontro.	R\$ 50,00 para um total de R\$ 200,00
-Lanche de atividade final.	R\$ 200,00

## 6. Cronograma de Execução

Etapas de Execução.	Data para sua realização.
- Revisão da bibliográfica	Janeiro – Fevereiro de 2017
- Seleção do público alvo e trabalho de campo	Março- Abril de 2017
- Autopreparação do Sistema de Capacitação	Maio de 2017
- Sistema de Capacitação sobre as Alergias dirigida ao público alvo	Junho-Julho de 2017
- Confecção do Informe Final	Agosto-Setembro de 2017

## **7. Resultados Esperados**

A realização deste projeto de intervenção tem como objetivo aumentar o nível de conhecimento dos ACS, pacientes e familiares às deficiências sobre o manejo do tratamento preventivo de alergias, na Unidade de Saúde Familiar Liberdade, e logo avaliemos os conhecimentos adquiridos.

## 8. Referências

ROBERT CHARLES STRUNK. Historia da Asma Watts, Geoff. *Lancet*; 387(10037): 2500 2016 Jun. 18.

ABC. MED. BR, Alergias: por que existem? Quais são as causas? Como evitar ou tratar? [Online]. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/307740/alergias-por-que-existem-quais-sao-as-causas-como-evitar-ou-tratar.htm>>. [Capturado em 23 jan 2017].

CASTRO-RODRÍGUEZ, José A. Factores de riesgo para asma infantil / Risk factors for childhood asthma. *Neumol. pediátr*; 1(2): 55-58, 2006.

BALDACARA, et al. Prevalence of allergen sensitization, most important allergens and factors associated with atopy in children / Prevalencia de sensibilizacao a alergenos, alergenos mais relevantes e fatores associados com a atopia em crianças

*Sao Paulo Med J*; 131(5): 301-308 2013.

CHONG NETO, HERBERTO JOSÉ; ROSÁRIO, NELSON AUGUSTO. Sibilância no lactente: epidemiologia, investigação e tratamento: [revisão] / Wheezing in infancy: epidemiology, investigation, and treatment: [review] *J Pediatr*; 86(3): 171-178, maio-jun. 2010.

Magalhães, Eugênio Fernandes de; Barros, Thábata Geraldeli; Beraldo, Claudinei Leôncio; Almeida, Gabriel Rodrigues de; Vieira, Anna Luiza Pires Características epidemiológicas dos asmáticos atendidos no Ambulatório de Pneumologia de um hospital universitário do Sul de Minas Gerais / Epidemiological characteristics of asthmatics treated in outpatient Pulmonology at a university hospital in southern Minas Gerais, Brazil. *Pediatr. mod*; 51(2) fev. 2015.

Prietsch, Silvio O. M; Cardoso, Olga C; Santos .Adriana M; Zogbi, Luciano; Barbosa Júnior, Luciano V; Lempek, Berenice S; César, Juraci A; Fischer, Gilberto B Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors / Doença respiratória aguda baixa em menores de cinco anos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil: prevalência e fatores de risco. *Cad Saude Publica*; 24(6): 1429-1438, jun. 2008.

Emmerich Oliveira, Adauto; Maia Matos, Amanda; Pereira Silva, Bruna; Rocha Moraes, Júlia; Theodoro dos Santos Neto, Edson; Zandonade, Eliana Estudo sobre alterações craniofaciais em crianças atópicas e/ou asmáticas, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória-ES, Brasil / Study about craniofacial alterations in asthmatic and/or allergic children, University Hospital Cassiano Antônio Moraes, Vitória- ES, Brazil . *UFES rev. odontol*; 10(1)jan.-mar. 2008.

Macedo, Silvia Elaine Cardozo; Menezes, Ana Maria Baptista; Knorst, Marli; Dias-da-Costa, Juvenal Soares; Gigante Denise Petrucci; Fiss, Edgar; Olinto, Maria Teresa Anselmo. *Cad Saude Publica*; 23(4): 863-874, abr. 2007

Solé, Dirceu; Camelo-Nunes, Inês C; Wandalsen, Gustavo F; Naspitz, Charles K; Vanna, Ana T; Amorim, Antônio; Prestes, Elaine X; Yamada, Elza; Werneck, Geraldo; Maia, José G; Rios, José L. M; Morandi, José Laerte B; Freitas, Leda S; Felizola, Maria L. B; Rosário, Nelson A; Camargos, Paulo A; Stein, Renato; Costa, Silvana. A asma em crianças brasileiras é problema de saúde pública? / Is asthma in Brazilian children a public health problem? *Rev. bras. alergía imunopatol*; 27(5): 185-188, set.-out. 2004.

*Alergia: la epidemia del siglo XXI.*

[http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/epidemias\\_de\\_alergia.htm](http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/epidemias_de_alergia.htm) [capturado em 22 janeiro 2017].

Nevot Falcó S, Gómez Galán C. Prevenção das doenças alérgicas. Hospital Sant Joan de Déu. Fundação Althaia Manresa, Barcelona. *Pediatr Integral*. v.XIII, n.8, p.695-702, 2009.

Alergias mais comuns e como evitá-las - Produtos Nexcare.[online]. Disponível em:[www.nexcare.com.br/.../~Alergias-mais-comuns-e-como-evitalas](http://www.nexcare.com.br/.../~Alergias-mais-comuns-e-como-evitalas). [capturado em 16 de janeiro 2017].

Asthma. Quick asthma facts The Faces of asthma. Geneva: World Health

Organization; 2010. Available from.[online]. Disponível em: <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>.[capturado em 19 de janeiro 2015].

Organización Mundial de la Salud. Asma [online]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.[capturado em 25 de Abril 2015].

Saleslana R.F. Erica S. Associação dos polimorfismos nos genes da IL-4, IL-5, IL-13 e IL-10 e a asma infantil: uma revisão sistemática. Rev. bras. alerg. imunopatol. v.35,n.3,p.89-97, 2012.

Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del asma en el menor de 15 años. Chile. MINSAL, p.4-27, 2006.

Guía de Práctica Clínica sobre asma. Diagnóstico y clasificación del asma. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Guías Clínicas. v.6, n.39, p.20-133,2006.

Moreno L. Síndrome bronquial obstructivo recorrente y su relación con el asma en la infancia.[online]. Disponível em: [www.rincondealergia.org](http://www.rincondealergia.org).[capturado em 19 de janeiro 2015].

III Consenso Brasileiro sobre Rinites Órgão Oficial da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. São Paulo, v.75,n.6,p.6-41, 2012. [online]. Disponível em: [www.bjorl.org.br](http://www.bjorl.org.br). [capturado em 20 de março de 2015].

Escribano Ceruelo E. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. Rev Pediatr Aten Primaria. v.11, n.15, 2009. [oline]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000300001>.[capturado em 02 fevereiro de 2015].

Rodríguez Orozco AR , Núñez Tapia RM. Prevalencia de dermatitis atópica en niños de seis a catorce años de edad en Morelia, Michoacán .Revista Alergia México. v.54, n.1, p.20-23, 2007.

XXXVIII Congresso Brasileiro de alergia e imunopatologia, 3 simpósio internacional sobre o lactante sibilante. Rev. bras. alerg. Imunopatol,v.34,n.4,p.133-174, 2011.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Responsabilidade médica sobre a conscientização dos pais e pacientes. Lemos editorial. Asma pediátrica. p.1-25. [online].Disponívelem:[https://www.sbp.com.br/img/cursos/asma/asma\\_pediatica\\_04.pdf](https://www.sbp.com.br/img/cursos/asma/asma_pediatica_04.pdf) [capturado em 23 de abril 2015].



