

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ARAHÍ BETANCOURT BECERRA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO-PORTFÓLIO FINAL

SERGIPE

2018

ARAHÍ BETANCOURT BECERRA

**INTERVENÇÃO PARA PROMOVER MUDANÇAS DE ESTILOS DE VIDAS PARA
REDUZIR AS COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO POVOADO DA NOVA DESCOBERTA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso
de Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
Prof: João Batista Cavalcante Filho.

**SERGIPE
2018**

RESUMO:

O portfólio foi desenvolvido com atividades como são palestras sobre alimentação saudável, atividade física; atividades educativas em grupo; projeto terapêutico singular e projeto de intervenção com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida das pessoas da comunidade da Nova Descoberta para controlar as doenças crônicas e assim evitar as complicações consequentes das mesmas e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para as atividades do portfólio se tomou como universo de estudo a totalidade dos pacientes com uma faixa etária maior de 18 anos com HAS, Diabetes Mellitus e cardiopatia do povoado e se estabeleceu critérios de inclusão e exclusão e se realizou a revisão da literatura para levar a cabo a investigação com mais elementos. Se utilizou o método analítico- sintético usando como instrumento para coleta de dados a entrevista e um questionário. O método de questionário baseia-se em um conjunto de perguntas quanto ao tema de DCNT e se utilizou o método estatístico e para isso se utilizou técnicas como a análise percentual para a interpretação dos dados obtidos, com sua consequente análise quantitativa e qualitativa. Os resultados esperados foram mudanças de estilo de vida que contribuíram a prevenir complicações naqueles pacientes que não tinha complicações e nos que já tinha contribuiu a melhorar a qualidade de vida evitando mais complicações. O portfólio é uma grande estratégia educativa de orientação na elaboração de trabalhos de curso o que contribuiu para a minha superação profissional e no meu desenvolvimento na minha área de saúde.

Palavras chaves: Doenças crônicas-estilo de vida-alimentação saudável.

SUMARIO:

1-INTRODUÇÃO	4
2-ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3-PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	14
4- VISITA DOMICILIAR.....	18
5 –REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	22
6 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7- ANEXO 1 -PROJETO DE INTERVENÇÃO	26

1 ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO - INTRODUÇÃO

Meu nome é Arahi Betancourt Becerra, sou Cubana, Sou natural de Matanzas cidade vizinha da Havana capital de Cuba. Participo do programas mais médicos para o brasil desde o dia 18 de julho 2016, sou formada na universidade da Havana, Cuba no ano 2007 como Doutora em Medicina e no ano 2009 Medicina Geral Integral. Tenho 10 anos de experiência profissional, trabalhei na APS em Cuba desde 2007 e na Bolívia no ano 2010 – 2011, trabalhei também no hospital de primeiro nível na Bolívia dando plantão.

Estou desenvolvendo meu trabalho no município de Itaporanga d´Ajuda. Este município tem 30419 habitantes. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 25-02-1997. O CMS tem atualmente 8 membros titulares, sendo 4 usuários, 2 representantes dos trabalhadores em saúde, 1 dos prestadores de serviço e 1 dos gestores.

Quanto à economia, é baseada principalmente na indústria e na rosa. O município tem 6% de desempregados. A maior empresa da cidade são as indústrias Mabel no ramo do biscoito e Marata, que trabalha no ramo de Café, Chá, refrigerantes Suco, Condimentos, Molhos de tomate e tem 1000 funcionários. O retorno de ICMS ao município é de 16.656.181,88 por ano e deste total, 15% são destinados para a SAÚDE.

Quanto aos habitantes, 15165 são homens e 15254 são mulheres 2199.tem menos de cinco anos e 1809 tem mais de 60 anos. 10254 moram na zona urbana e 20165 na zona rural.

A população cresce cerca de 0,561 % por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumentou cerca de 3000 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 5,95%, o que corresponde a 1809 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 70 e 80 anos. A esperança de vida ao nascer é de 78 para mulheres e de 70 para homens.

Quanto à escolaridade, temos cerca de 30% de pessoas analfabetas. Quanto ao lazer, as principais alternativas são: praia da Caeira, Pousada Viva natureza e Sitio cá te espero.

Em relação à estrutura de saúde, temos 26 Unidades Sanitárias. O município tem um hospital de pequeno porte. Quanto às causas de óbitos, as TRÊS mais frequentes são: a) Doenças do aparelho circulatório;(b) Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; c) Neoplasias

Eu trabalho na ESF Nova Descoberta, zona rural do município de Itaporanga d Ajuda.

O movimento no povoado é calmo, no horário do dia o pessoal está trabalhando. Só tem alguns carros passando pela pista principal. Outras pessoas vão chegando ao posto para consulta. A praça não é muito frequentada pelo dia só no final da semana, tem uma farmácia, uma igreja e algumas mercearias, tem duas escolas públicas, tem um rio. A caixa da água é a fonte da água do povoado quase sempre está sem água com uso descontínuo obrigando aos moradores procurar água no rio e poços feitos em alguns pontos da comunidade, contribuindo com o desenvolvimento do parasitismo intestinal na comunidade. As casa são de material, janelas de maderas e teto de telha tem muitas dificuldades econômicas na maiorias das casas, assim como dificuldades de na aquisição de moveis e outros objetos pra melhorar a qualidade de vida da população. As moradias tem um entorno de terra é de areia seca, tem pé de cocos, pé de limão, pé de mangas, os moradores dedicam-se a cria de caramú e de frango, também dedicam-se a fazer instrumentos para a pesca na mare o resto do pessoal trabalha nas fabricas.

No projeto de intervenção o tema escolhido foi “Mudanças de estilos de vidas para reduzir as complicações consequentes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis “

Um dos grandes problemas de saúde identificados pela equipe de saúde da nova descoberta é alta prevalência de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis pelo que decidi realizar este projeto com o objetivo de promover mudanças de estilos de vida para reduzir as complicações das DCNT e brindar uma maior qualidade de vida as pessoa da comunidade, durante o trabalho no povoado identifiquei que as falta de adesão ao tratamento , obesidade ,sedentarismo ,estrese, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, as dislipidemias, o grande consumo de sal são uns dos principais fatores de risco no povoado. A equipe tem identificado um total de 386 hipertensos, 125 diabeticos,32 pacientes com cardiopatia,27 pacientes com ACV e 114 pacientes com doenças mentais, com os quais a equipe desenvolveu o projeto.

Para o mesmo se tomou como universo de estudo a totalidade dos pacientes com uma faixa etária maior de 18 anos com HAS, Diabetes Mellitus e cardiopatia do povoado da Nova Descoberta e se estabeleceu critérios de inclusão e exclusão e se realizou a revisão da literatura para levar a cabo a investigação com mais elementos. Se utilizou o método analítico- sintético usando como instrumento para coleta de dados a entrevista e um questionário. O método de questionário baseia-se em um conjunto de perguntas quanto ao tema de DCNT e se utilizou o método estatístico e para isso se utilizou técnicas como a análise percentual para a interpretação dos dados obtidos, com sua consequente análise quantitativa e qualitativa.

2 ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

PROJETO TERAPÉUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades e as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou coletivo para o qual está dirigido. É uma variação da discussão de “**caso clínico**”. Geralmente é dedicado a situações mais complexas e é bastante desenvolvido na ESF como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico e da medicação, no tratamento dos usuários.

DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS:

Realizar o atendimento ao casal para melhorar a saúde deles de forma integral, contínuo, e coordenado com os diferentes níveis de atendimento, enfocando o atendimento nas pessoas e na família como um todo. Tendo em conta sempre o risco e a situação epidemiológica das pessoas na comunidade para realizar um plano de ações com o objetivo de dar soluções aos problemas de saúde das pessoas e da família, oferecendo uma melhor qualidade de vida.

METODOLOGIA

- I. Diagnóstico
- II. Definição de metas
- III. Divisão de responsabilidades
- IV. Reavaliação

DIAGNÓSTICO:

Na reunião da equipe, a enfermeira, Ana Angélica, solicita fazer visita domiciliar a uma família na área relatando que reside um casal idoso que mora com um filho que trabalha o dia todo fora e que chega só pela noite e que tem serias dificuldades de saúde, se trata de o senhor A.S.J. de 76 anos, natural de Itaporanga d' Ajuda - SE, casado, mora com esposa e um filho, Aposentado, relacionamento distante com os vizinhos, com antecedentes de Diabetes mellitus (polineuropatia, retinopatia), HAS,

Cardiopatia, Hipercolesterolemia há 5 anos com tratamento correto que não melhora, com diminuição de acuidade auditiva à D a/e, Ex- tabagista há 10 anos que leva tratamento via oral uso contínuo com captopril (25 mg) 01 comp.de 8h/8h, Hidroclorotiazida (25 mg) 01 comp. ao dia, Propranolol (40 mg) de 12h/12h, AAS(100mg) 01 comp. ao dia, sinvastatina (20mg) 01 comp. à noite, polivitamínico 02 comp. ao dia. E de uso SC Insulina NPH 30 uds. pela manhã e 15 uds. pela noite e M.S.F. de 71 anos, natural de Itaporanga d´ Ajuda - SE, casada, mora com esposo e um filho, Aposentada, relacionamento distante com os vizinhos, com antecedentes de Diabetes mellitus (polineuropatia, retinopatia, nefropatia), HAS, Hipotireoidismo, osteoatrose nas mãos, dislipidemia, com grande dificuldade de visão que dificulta as atividades diárias que frequentemente fica em cama por depressão que leva tratamento estável via oral uso contínuo com Puran t4 (75mg) 01 comp. Pela manhã, AAS(100 mg) 01 comp após o almoço, lossartana potássica (50 mg) de 12h/12h, hidroclorotiazida(25mg) 01 comp ao dia ,de uso SC insulina NPH 42 uds pela manhã e 14 uds pela noite e clonazepam (2mg) à noite.

Problemas do casal:

Difícil controle DM₂ e HAS, Idade, Baixa acuidade visual e auditiva, Ausência de atividades extra domiciliares, Não adesividade ao tratamento e à dieta adequada (alta ingestão alimentar de carboidratos), Posição do filho em relação à dieta dos pais, Dependência do filho para insulina. Depressão da senhora.

DEFINIÇÃO DE METAS:

Ações:

A curto prazo:

1-Agendar consulta individualizada para cada membro da família, com o objetivo de avaliar, indicar exames laboratoriais precisos para a confirmação diagnóstica e tratamento adequado.

2-Orientação Nutricional: Importância da dieta adequada, sugestões de alimentos saudáveis e saborosos.

3-Orientação da importância de levar tratamento estável para as DCNT (DM, dislipidemia, HAS).

4-Treinamento do filho para aferir PA, usar o glicosímetro e pra a aplicação da insulina).

5-Agendamento para matriciamento do NASF e CAPS para apoio com a equipe (Psiquiatra, Psicóloga, Fisiatra, nutricionista), para a realização de visita domiciliar.

A médio prazo:

1-A realização de exames Complementares para o controle das DCNT a cada 03 meses até atingir a meta do controle.

2- Fisioterapia para melhorar as dores e o condicionamento cardiovascular.

3- Medicações otimizadas.

4- Novos exames pedidos.

5-Encaminhamento a especialidades: Otorrino – esclarecimento da diminuição acuidade auditiva, para o Oftalmologista, endocrinologista, cardiologista e nefrologista.

A longo prazo:

1-Terapia Ocupacional.

2- Entretenimento.

3-Adesão ao grupo de hiperdia e idosos. (Seria interessante a incorporação a grupos de descapacitados visuais e auditivos mas não temos na nossa área.)

4- Encaminhamento a centro de ensino de Braile

5-Disponibilização de material específico para deficiente visual.

Após a visita domiciliar e o planejamento da equipe das ações a serem desenvolvida a enfermeira Ana se dispõe à realização da negociação das metas propostas pela equipe com família toda pactuando as ações a serem desenvolvidas e das responsabilidades de cada um deles e dos membros da equipe referente as responsabilidades com o projeto.

DIVISÃO DAS RESPONSABILIDADES:

Plano terapêutico:

Senhor A.S.J.:

1. Agendar a consulta na próxima quarta-feira, dia de consulta de hiperdia.

Responsável: ACS.

2. Realizar consulta médica com um exame médico exaustivo enfatizando no exame da perda da sensibilidade, comprometimento dos nervos periféricos, verificar pressão arterial. Aplicar tabela de Snellen.

Responsável: Médico.

3. Indicar exames: Hemograma completo, hemoglobina glicosilada, lipidograma completo, estudo da função renal, hepática, P.S.A., ECG, ultrassonografia abdominal, sumário de urina, radiografia de tórax.

Responsável: Médico.

4. Aumentar a dose de medicamentos se precisar.

Responsável: Médico.

5. Visita domiciliar em conjunto com o NASF e CAPS (Psiquiatra, Psicóloga, Nutricionista e fisiatra).

6. Encaminhar para o cardiologista para avaliar a função cardiovascular e manter acompanhamento conjunto.

Responsável: Médico - Enfermeira.

7. Orientação Nutricional: Importância da dieta adequada, sugestões de alimentos saudáveis e saborosos.

Responsável: Médico - Enfermeira.

8. Orientação da importância de levar tratamento estável para as DCNT (DM, dislipdemia, HAS).

Responsável: Médico - Enfermeira.

9. Fisioterapia para melhorar as dores e o condicionamento cardiovascular.

Responsável: Médico - Enfermeira.

10-Encaminhamento a especialidades: Otorrino – esclarecimento da diminuição acuidade auditiva e para oftalmologista pela retinopatia.

Responsável: Médico - Enfermeira.

11-Incorporação a grupos de idosos, grupo de deficientes auditivos e grupo de hiperdia.

Responsável: Médico - Enfermeira.

Plano terapêutico:

Senhora M.S.F:

1.Agendar a consulta na próxima quarta-feira, dia de consulta de hiperdia.

Responsável: ACS.

2. Realizar consulta médica com um exame médico exaustivo enfatizando no exame da perda da sensibilidade, comprometimento dos nervos periféricos, verificar pressão arterial. Aplicar tabela de Snellen.

Responsável: Médico.

3.Indicar exames: Hemograma completo, hemoglobina glicosilada, lipidograma completo, estudo da função renal, hepática, TSH, t3 e T4 livre. ECG, ultrassonografia abdominal, sumário de urina, radiografia de tórax. Filtrado glomerular (ou também pode ser calculado pelo médico na consulta com o resultado da creatinina da paciente e o peso da mesma aplicando a formula de FG para saber o estágio da doença renal crônica e determinar a conduta da mesma.

Responsável: Médico.

4-Aumentar a dose de medicamentos se precisar.

Responsável: Médico.

5-Visita domiciliar em conjunto com o NASF e CAPS (Psiquiatra, Psicóloga, Nutricionista e fisiatra).

6-Encaminhar e agendar para o nefrologista e endocrinologista para avaliar a função renal e transtornos do metabolismo para manter acompanhamento conjunto.

Responsável: Médico - ACS.

7- Orientação Nutricional: Importância da dieta adequada, sugestões de alimentos saudáveis e saborosos. Encaminhamento para a nutricionista.

Responsável: Enfermeira- ACS.

8-Orientação da importância de levar tratamento estável para as DCNT (DM, dislipdemia, HAS).

Responsável: Médico - Enfermeira.

9-Fisioterapia para melhorar as dores e o condicionamento cardiovascular.

Responsável: Médico - Enfermeira.

10-Encaminhamento a especialidades: Oftalmologia– esclarecimento da diminuição acuidade visual. Encaminhamento a centro de ensino de Braille. Disponibilização de material específico para deficiente visual.

Responsável: Médico - Enfermeira.

11-Incorporação a grupos de idosos, grupo de deficientes visuais e grupo de hiperdia.

Responsável: Médico - Enfermeira.

12-Seguimento da depressão.

Responsável: Médico – ACS.

Filho do casal:

1-Agendar ao filho para o treinamento do filho para aferir PA, usar o glicosímetro e para a aplicação da insulina).

Responsável: ACS.

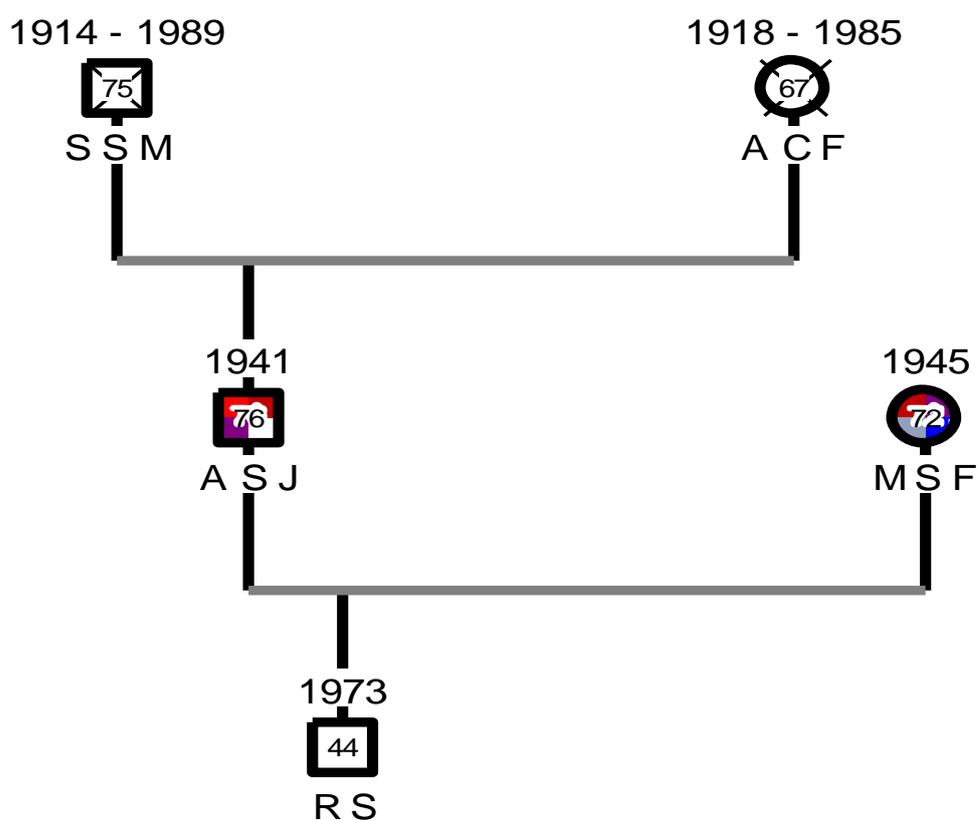
2-Fazer o treinamento.

Responsável: Enfermeira.

REAVALIAÇÃO:

Neste momento a equipe se reúne de novo e se reavalia e discute a evolução do PTS para conferir se as metas foram atingidas ou se precisa de correções. Se identifica os resultados alcançados, se avaliam as estratégias utilizadas e se definem novos rumos do projeto.

GENOGRAMA:



3 ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A prevenção e educação em saúde é fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas assim como da prevenção das complicações das mesmas pois são um grande problema de saúde na minha comunidade PSF Rural Nova Descoberta, nos casos clínicos do 11 ao 20 falamos sobre Cardiopatia isquêmica, Disfunção erétil, Diabetes mellitus, Hipertensão arterial e doenças mentais no que se refere a doenças crônicas, relacionando ditas patologias as práticas que eu realizo na minha UBS com o pré-natal e com a saúde mental lembrei do caso da senhora Edineide de 46 anos de idade moradora do povoado ela é Diabética há mais de 15 anos insulina dependente, Hipertensa, Obesa e com transtorno Psiquiátrico que leva tratamento estável com insulina NPH 60 uds ao dia dividida em duas subdoses via SC, metformina 850 mg no almoço vo, enalapril 20mg de 12 h/12h, Hidroclorotiazida 25 mg ao dia vo e Clonazepam 2mg pela noite vo, com uso de anticoncepcional Mesegyna injetável mensal IM prescrito pelo ginecologista da área que compareceu a unidade de saúde o dia 16/10/17 por amenorreia relatando não ter tomado o anticoncepcional pois segundo as vizinhas ela já estava velha para ter filhos e que não precisa de anticoncepcional, faço anamnese e exame físico, na anamnese ela referiu DUM:20/07/17 com amenorreia de 12.4 semanas com DPP:26/04/18; G3P2A0; ao exame físico encontrei mucosas úmidas e coradas; aparelho respiratório murmúrio vesicular audível não estertores FR: 20 x m; aparelho cardiovascular batimentos cardíacos rítmicos de bom tom FC:84 x m; abdome: AU: 14 cm BCF: 148 bpm; TCS: não edema. Sem dúvida grávida por ser uma gestante de alto risco encachei ela no atendimento daquele dia para realizar a caderneta dela orientando sobre alimentação saudável, oriento sobre uso de sulfato ferroso 01 comp por dia 01 hora antes do almoço vo; mudei os anti-hipertensivos para metidopa 250 mg tomar 01 comp de 8h/8h vo (grau de recomendação D) e suspendi o uso de Clonazepam explicando a paciente dos riscos do uso dele. Orientei consulta no CAISM por ser gestante de alto risco e encaminhei pra consulta de Endocrinologista pois a glicemias dela não estava compensada refere a paciente; oriento fazer monitoramento glicêmico para controle metabólica da diabetes; agendei a gestante para fazer visita domiciliar com NASF e CAPS; agendo para atendimento odontológico; agendo para próximo controle em 15 dias.

Fazendo um relacionamento do pré-natal com as DCNT lembrei também do caso da Rosalva de 18 anos de idade com 28 semanas de gestação na primeira consulta do pré-natal que não tinha feito exame nenhum captação tardia pois refere que não tinha ido antes a consulta pois não gosta de ir ao médico e que queria saber o sexo do bebê por isso veio a consulta. Fazendo a entrevista me relatou que as vezes estava sentindo dores de cabeça e inchaço nos pés e que tinha aumentado muito de peso. Como já estava muito tardio para começar o pré-natal decidi fazer o cadastro da gestante e o preenchimento da caderneta na data 05/10/17. Na entrevista encontrei antecedentes pessoais de saúde, obstétricos DUM:20/03/17 FPP:25/12/17 G2P1AO para TG 28.3 semanas, APF: mãe HAS, nega perdas de sangue nem liquido. Refere corrimento vaginal amarelo com cheiro de peixe. Ao exame físico encontrando PA 140/85 mmHg FC:88´x minuto e edema MI xx. Indico exame de primeira consulta, agendo para fazer teste rápido de VDRL e HIV próxima semana, solicito USG obstétrica, oriento medir PA diária e anotar pra avaliação medica, indico sulfato ferroso (40 mg) 01 comp. 1 hora antes do almoço v.o. Oriento sobre DST e o uso de camisinha. Suspendo atividade sexual e indico tratamento sintomático do corrimento vaginal, metronidazol 250 mg 01 comp 8h/8h oral por 07, esposo Secnidal 2 gr vo dose única. Agendo para atendimento odontológico. Na semana seguinte compareceu para a realização dos testes rápidos e avaliação da PA diária, resultando positivo o teste rápido de sífilis, nesse dia notifiquei o caso indiquei Penicilina G Benzatina ampola de 1200000 UI administrar dos ampolas semanal por três doses total de 7200000 UI e indico VDRL para tipificação e tratamento para o parceiro também e logo seguimento sorológico mensal até o final da gestação além de disso também avalie PA nesse dia 180/100 mmhg e cifras elevadas durante a semana classificando a gestante como hipertensa gestacional indicando o uso de metildopa 250 mg 01 comp de 12h/12h e encaminhamento para o CAISM e estabilização da PA na UBS e retorno em 15 dias para controle.

Também o caso do senhor Alberto de 52 anos Diabético insulina dependente, fumador, transtorno psiquiátrico e com disfunção erétil que comparece a consulta para renovação de receita médica de medicamentos controlados como habitualmente ele fazia a cada 02 meses. Explico ao paciente que a consulta não se trata de renovação de receita médica sino de controle das doenças que ele tem , no qual está incluso a renovação da receita no caso de bom controle, começo o controle

perguntando sobre a saúde dele e sobre os medicamentos em uso; refere o uso de Insulina NPH 40 uds manhã e 20 uds tarde uso sc ; Clonazepam 2mg 01 comp à noite vo e com voz média baixa oh doutora eu estou usando por conta própria aquele comprimido azulinho referindo-se a Sildenafil 50 mg pois trazia a caixa com ele. Refere queixas de dores em todas as juntas e dor, câimbras e adormecimento nas pernas, pés e nas mãos. Ao exame físico: mucosas :úmidas e coradas; Aparelho respiratório murmúrio vesicular normal FR: 20 x m; aparelho cardiovascular batimentos cardíacos arrítmicos sugestivas de extra-sístole ventricular FC: 88 x m pulsos periféricos ligeiramente diminuídos em ambos membros inferiores; TCS: não edema; extremidades leve diminuição da sensibilidade em membro inferior esquerdo com dores nos quatro membros. Oriento ao paciente sobre neuropatia periférica sintomas e tratamento, faço desmame de Clonazepam e indico o uso de amitriptilina 25 mg explicando ao pacientes os benefícios da mudanças pois amitriptilina é boa tanto para ansiedade quanto para neuropatia diabética e que ele ia melhor as dores das pernas mãos e pés, oriento sobre o risco cardiovascular e o uso de sildenafil 50 mg. Oriento sobre doença arterial periférica e indico o uso de pentoxifilina 400 mg de 12h/12h vo e agendo ele no grupo de tabaquismo, orientando sobre as consequências do fumo e sobre métodos de deixar de fumar, expliquei que deixar de fumar forma parte do tratamento da extra-sístole ventricular que tem que evitar bebidas estimulantes, cachaça, café, evitar o estresse e levar um tratamento adequado da ansiedade. Em fim faço um cara a cara sobre complicações da diabetes e como prevenir e controlar as mesmas.

A renovação de receita médica sem a devida avaliação do médico generalista é uns dos problemas que eu encontrei quando cheguei nesta ESF, assim como o não preenchimento dos prontuários individuais. Eu teve que ensinar a equipe quanto aos pacientes que é para agendar a consulta de Hiperdia ou Saúde mental segundo o caso para controle das DCNT e assim prevenir as complicações consequentes das mesmas.

Existem muitas literaturas referente as DCNT e ao pré-natal mais a equipe trabalha segundo os graus de recomendação dos cadernos da Atenção Básica da Saúde Brasileira.

A equipe de saúde nossa planeja todos os meses atividades educativas, palestras, atividades em grupo onde uns dos grupos é o de hiperdia e de obesos onde damos orientação sobre alimentação saudável (evitar o consumo inadequado do sal, gorduras e açúcar e aumentar o consumo de saladas e frutas naturais com moderação) é muito importante na prevenção da diabetes mellitus e no retardo das complicações da diabetes (KIRSTEN et al., 2010) ,oriento sobre os dez passos de alimentação saudável como são fazer de 5 a 6 refeições ao dia evitando beliscar, evite alimentos ricos em açúcares, consuma diariamente verduras e frutas, evite alimentos com muita sal como os embutidos, diminua o consumo de gorduras, consuma peixe uma vez por semana e pratique atividade física regularmente (CAB 36 p-112), A suspensão do tabagismo foi associada a menor risco de progressão para macroalbuminúria e menor queda da taxa de filtração glomerular [Grau de recomendação D].A realização de atividade física para evitar o sedentarismo ao menos três vezes na semana é muito importante já seja exercícios aeróbicos como musculação (Grau de recomendação B)(CAB no 36 p-131)Evitar o consumo de álcool pois são calorias vazia que afetam o metabolismo de nutrientes afetando órgãos como o fígado e o pâncreas(artigo efeito-do-alcool-sobre-nutricao.2013) , manter a mente ativa lendo livros , fazendo atividades para manter uma mente saudável e fazer jogos mentais para melhorar a memória (artigo estudo de memorização. 2012), também otimizamos os tratamentos naqueles que precisam para ter melhor controle. Também temos grupos de lactentes onde orientamos sobre a prevenção de lesões não intencionais na casa nesta primeira etapa da vida e sobre todo do co-dormir e o bronco aspiração, orientamos também os banhos de sol diários e a cura diária do cordão umbilical, orientamos sobre o uso de mosquiteiros e os cuidados com a pele do bebê, orientamos sobre o uso da fralda e a sepses urinaria e a dermatite da fralda, orientamos sobre amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, orientamos sobre a vacinação e sobre tudo verificamos a realização do teste do pezinho , nestes casos a enfermeira e quem realiza o mesmo(CAB no 33 2012); Nas puérperas orientamos o uso de sulfato ferroso e abundantes líquidos depois de fazer a entrevista o exame físico delas verificando sobre todo as mucosas , a involução uterina , o períneo ou a ferida cirúrgica no caso das cesarianas, a temperatura, os loquios, as mamas, a frequência cardíaca e a pressão arterial(CAB no 26 do 2009).Também temos um grupo de tabagismo onde fazemos as atividades educativas e de desabituacão tabaquica aplicando o teste de

fagerstrom de dependência do cigarro como principal instrumento de avaliação do tabagismo. Temos também um grupo de planejamento familiar ali realizamos palestras para fazer orientações sobre anticoncepção, sobre os diferentes tipos de anticoncepcionais que existem e quais são os mais disponíveis no SUS assim como das indicações e contra-indicações do mesmo, levamos camisinha e orientamos sobre o uso dela e da importância para a prevenção de IST e de gravidez.

Também fazemos atividades em grupo de rastreamento de câncer mama, câncer de colo de útero, câncer de pele, câncer de próstata. Assim como fazemos atividades educativas nas escolas e PSE (helmintíase e pesquisa de doença de Hansen); também fazemos teste da agudeza visual aplicando a tabla de Snelle. Fazemos palestras segundo os grupos de idades coordenada com a diretora da escola. O dentista faz atividades onde ensina como fazer escovação e entregamos os kit de escovas aos meninos. Em fim todos os meses planejamos atividades educativas e em grupo com a finalidade de promover estilos de vidas saudáveis e prevenir doenças.

4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.

A visita domiciliar é uma ferramenta essencial para a resolutividade de problemas de saúde na Estratégia Saúde da Família. Cujo objetivo é identificar e analisar os problemas de saúde de forma de realizar um atendimento integral onde a equipe pode avaliar diretamente as necessidades reais dos pacientes e as famílias deles. A intimidade da visita domiciliar permite que o paciente fique mais vontade facilitando à identificação de suas necessidades e também favorece à resolutividade delas. A atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu, propriamente dita, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM; TRAD, 2005).

A organização de minha equipe no atendimento domiciliar é feita depois da avaliação e discussão dos casos clínicos que alguns dos membros leva para ser discutidos já seja a enfermeira, um ASC ou a médica, nesse dia é discutido o caso e decidimos agendar aquelas visitas numa data determinada segundo o cronograma de atendimento, mais se por acaso algum familiar solicita alguma visita antes daquela data avaliamos a prioridade do atendimento e nos casos não agudos agendamos para aquela data de visita mais se por acaso for um atendimento que não pode ser adiado na primeira hora da tarde do mesmo dia fazemos a visita antes do atendimentos dos agendados da tarde usando o tempo da demanda espontânea da tarde , sempre deixamos essas vagas disponíveis para esses casos ou alguma outra demanda espontânea pois sempre temos no horário da manhã vagas de demanda espontânea, nossa equipe tem cadernos de controle com os quais sabemos os dados gerais de cada paciente , o peso, a altura , o IMC e PA do último atendimento, os medicamentos que o paciente tem em uso e também quando foi o último atendimento nos pacientes com DCNT o que favorece também ao planejamento das visitas domiciliares. O objetivo das visitas domiciliares é conhecer o ambiente familiar e as condições de moradia para uma melhor resolutividade do caso mediante os cuidados no domicilio e brindando orientações à família com a finalidade de tratar ao paciente como um todo, fazendo atividades desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação evitando internações desnecessárias segundo uns dos elementos da portaria número 2.527 do 2011. Geralmente as visitas domiciliares são agendadas para aqueles pacientes com doenças crônica que tem dificuldades para se locomover onde fazemos o controle na

casa aferimos PA e fazemos a glicemias deles aproveitamos para estimular mudanças de estilos de vida para evitar as complicações decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis como é o caso da nefropatia diabética e a neuropatia diabética, o controle adequado da glicose e da pressão arterial pode reduzir o risco de desenvolver a nefropatia diabética e diminuir a sua progressão [Grau de Recomendação A] (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013. O controle glicêmico estrito previne a neuropatia clínica [Grau de recomendação A] (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1993; 1995; REICHARD, 1991). Os antidepressivos tricíclicos também são efetivos no tratamento da dor na neuropatia diabética [Grau de recomendação B] (WONG; CHUNG; WONG, 2007). Outras das complicações é o pé diabético e a ulceração nos pés para isso é importante o exame físico da pele, musculoesquelético, vascular e neurológica dos pés para evitar amputações é muito importante o aconselhamento de uso de calçados confortáveis, macios sobre todo nas áreas de pressão do pé (CAB no 36 p 95-97).

Também fazemos visitas no caso das puérperas e recém nascidos ao sair da maternidade onde estes casos jogam um papel fundamental que o primeiro atendimento seja feito no domicílio para orientar e observar se as orientações são feitas de forma correta e no caso precise a equipe pode fazer demonstrações como é no caso de amamentação correta sobre toda para aquela mulheres que é a primeira gravidez.

Também os pacientes acamados onde aproveitamos o médico para falar do cuidado do idoso e de como trocar as roupas de cama fazendo as demonstrações para aqueles familiares que precisam, também orientamos sobre a prevenção de úlceras de pressão, orientamos sobre alimentação e prevenção das quedas (CAB no 19 2006). Os operados que recém saem do hospital também são acompanhados nos primeiros dias avaliando os curativos e a prevenção de complicações tardias como é o caso de deiscência da sutura e as infecções; nos pacientes com neoplasias e nos pacientes que são acompanhados por tuberculoses e algumas outras situações de violência intrafamiliar, doenças mentais e outros casos que podem se apresentar no decorrer do tempo também são acompanhados nas visitas domiciliares. Também fazemos visitas domiciliares com apoio do NASF e do CAPS com previa coordenação nos matriciamentos em casos de difícil resolutividade previamente discutidos no matriciamento da equipe. A realização da visita é feita nos carros da prefeitura que estão em função da saúde, afortunadamente nestes momentos contamos com um

carro a disposição da equipe o que facilita a visita domiciliar, geralmente a visita domiciliar é feita com o ACS da área, a técnica de enfermagem, a enfermeira e a médica da equipe e se for combinado no matriciamento a psicóloga, a nutricionista, o fisioterapeuta ou psiquiatra depende da necessidade seriam alguns deles inclusive as vezes também a assistente social. No caso do contato com os cuidadores tentamos de estabelecer um bom rapport para conseguir orienta-lo no cuidado da pessoa doente buscando uma melhor resposta no cuidado dos pacientes, gostamos de orientar aos familiares como ajudar na reabilitação e a importância da reabilitação sobre tudo nos casos de fraturas de quadril para evitar o acamamento do paciente(cadernos de visita domiciliar 2012). Uma das situações mais desgastantes encontradas nas visitas é cuidadores que não compartilham responsabilidades já seja porque não tem com quem ou porque simplesmente não quer, favorecendo à afetação da saúde física e mental do cuidador. Os procedimentos mais frequentemente realizados no domicilio são a aferição da pressão arterial e a glicemia capilar. Em fim a visita domiciliar favorece para que as orientações sejam feitas e avaliadas positivamente no ato, favorecendo a um melhor cuidado dos pacientes, estreitando o vínculo médico paciente.

5 ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA

Fazendo uma reflexão sobre os temas abordados no eixo I eles contribuíram para um melhor conhecimento sobre a história da saúde pública no Brasil, sobre como tem sido desenvolvido diferentes modelos de saúde no decorrer do tempo, sobre o planejamento e a função da gestão no desenvolvimento da saúde no município, sobre a situação de saúde no Brasil, sobre APS, epidemiologia e indicadores de saúde, sobre sistemas de informação, vigilância em saúde, sobre registro na APS e sobre tudo de que é o SUS e da função de nós nele. O que contribuiu para me desempenhar melhor na UBS pois neste eixo foram fornecidas todas as ferramentas para poder entender como funciona a saúde pública na atenção primária de saúde no Brasil. No eixo II foram abordadas temáticas sobre os principais problemas de saúde vivenciando estas mediante casos clínicos, atualizando os fluxogramas e protocolos de tratamentos de doenças como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia isquêmica, transtornos mentais, dislipidemias, alcoolismos no que se refere a doenças crônicas não transmissíveis que é o tema escolhida por me, mais também foram realizadas muitas atividades referentes as doenças transmissíveis, situações de violência e outros muitos temas mais contribuindo de forma positiva na atualização destes temas para meu melhor desenvolvimento na minha área de abrangência. O seja ambos eixos trouxeram muitas mudanças na minha prática profissional dentro das mudanças umas das mais importantes foi em quanto a planejamento do trabalho na equipe a través da agenda profissional e na organização do trabalho, também no meu atuar no dia a dia pois consegui fazer grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, obesos, e de tabagismo que contribuíram a mudanças de estilos de vida dos pacientes atendidos na minha área. O principal problema de saúde encontrados na minha área de abrangência é o descontrole frequente das doenças crônicas não transmissíveis como são a Hipertensão arterial sistêmica, a Diabetes Mellitus, obesidade e os transtornos mentais, acho que umas das causas é falta de adesão ao tratamento muito influenciada pelo baixo nível cultural dos pacientes, a baixa renda e as poucas atividades de promoção de saúde realizadas antes da minha chegada. Agora estamos acrescentando no cronograma mais atividades de promoção e prevenção de saúde direcionadas para estes grupos e agir sobre o estilo de vida dos pacientes tendo em conta alimentação saudável que é fundamental, assim como a prática de atividades físicas. Também sobre educação em saúde sobre o básico que um paciente deve

conhecer da sua doença e da importância do tratamento estável no controle das doenças. Acho que o que dificulta estas ações são problemas sócias que a saúde não tem como resolver como é o baixo nível de escolaridade, assim como o alto índice de desemprego além disso que essa população onde eu atuo mora no interior e vivem da rosa, da maré e da indústria então o nível da renda é muito baixo o que dificulta o cumprimento dos regimes necessários para manter o bom controle nutricional.

Na minha trajetória teve algumas dificuldades sobre todo na língua portuguesa e na informatização, mais como eu gosto delas enfrentei o reto pois gosto de me superar científica e profissionalmente. A ferramenta do portfólio é uma grande estratégia no que se refere a orientações sobre como fazer um TCC de forma planejada o que favoreceu à realização do mesmo.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

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, 2013. 128p.: il. (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, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011**(Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013) Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

7-ANEXO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



ARAHI BETANCOURT BECERRA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER MUDANÇAS DE ESTILOS DE VIDAS PARA REDUZIR AS COMPLICACÕES CONSEQUENTES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

SERGIPE 2017

RESUMO:

O projeto é realizado com o fim de promover mudanças no estilo de vida das pessoas da comunidade da Nova Descoberta para melhorar o controle das mesma e assim evitar as complicações consequentes da DCNT e para isso se realizou este projeto para realizar palestras para o melhor entendimento das pessoas sobre suas doenças e depois realizar ações educativas sobre estilos de vidas saudáveis para que tenham um impacto positivo para a saúde deles .Para o mesmo se tomou como universo de estudo a totalidade dos pacientes com uma faixa etária maior de 18 anos com HAS, Diabetes Mellitus e cardiopatia do povoado da Nova Descoberta e se estabeleceu critérios de inclusão e exclusão e se realizou a revisão da literatura para levar a cabo a investigação com mais elementos. Se utilizou o método analítico- sintético usando como instrumento para coleta de dados a entrevista e um questionário. O método de questionário baseia-se em um conjunto de perguntas quanto ao tema de DCNT e se utilizou o método estatístico e para isso se utilizou técnicas como a análise percentual para a interpretação dos dados obtidos, com sua consequente análise quantitativa e qualitativa.

PALAVRAS-CHAVES: Mudanças-estilos de vida-doenças crônicas não transmissíveis.

SUMÁRIO:

1-INTRODUÇÃO.....	03
2-OBJETIVOS.....	05
3 -REVISÃO DE LITERATURA.....	06
4 -MATERIAS E MÉTODOS.....	12
5 -CRONOGRAMA.....	14
6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	15
7- RESULTADOS ESPERADOS.....	16
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
9-APÊNDICES E ANEXOS.....	22

INTRODUÇÃO:

As doenças crônicas não transmissíveis são aquelas de etiologia incerta, multicausais, com largos períodos de incubação ou latência. Extensos períodos subclínicos, prolongado curso clínico, com frequência episódica; sem tratamento específico nem resolução espontânea no tempo. A isto se agrega que são de etiologia não demonstrada e de grande impacto na população adulta e constituem atualmente o principal problema de saúde na maioria dos países. Uma longa lista compõe este grupo: Enfermidade coronária, doença vascular encefálica, Diabetes Mellitus, Bronquite crônica, Cirroses hepáticas, Colecistes crônicas, Úlceras pépticas, Doenças cardiovasculares, Câncer de próstata, Câncer de mama, pulmonar, Doença Bronquial Obstrutiva Crônica, Obesidade, Hipertensão Arterial, Doenças mentais crônicas, Osteoporose, Doenças Musculoesqueléticas, entre outras. No Brasil hoje tem causado mais de 72 % das mortes e são as causas principais de incapacidade, se conhece que muitas destas doenças são preveníveis e as mortes prematuras evitáveis. Se identificam fatores de risco (FR) associados epidemiologicamente a elas, como tabagismo, consumo excessivo e inapropriado de álcool, inatividade física, obesidade, hipertensão arterial (HTA) e dieta inadequada principalmente. Os mencionados fatores de risco são modificáveis e vulneráveis a estratégias de intervenção que interceptem a história natural da doença na que participam. Alguns estudos sobre o tema, demonstram que a prevalência dos fatores de Risco (FR) mencionados, é muito alta na população adulta.^{1,2,3,4,5,6}

Se atribui em parte ao aumento do pro médio da vida da população e as mudanças no estilo de vida resultante da urbanização e modernização das cidades. Se reconhecem fatores de risco como: sedentarismo, obesidade, alimentação inapropriada (rica em gorduras e açúcares) e antecedentes familiares, o que faz necessárias as medidas preventivas, as mudanças no estilo de vida e do comportamento de risco para a saúde. Além de Estilos de Vida pouco saudáveis, leva a comportamentos que põem em risco a saúde em geral e se faz necessário indagar sobre a associação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).^{1,4,5,6}

O estilo de vida é o conjunto de atitudes e comportamentos que adoptam e desenvolvem as pessoas de forma individual ou coletiva para satisfazer as necessidades delas como seres humanos e alcançar seu próprio desenvolvimento

pessoal ou seja, são hábitos e costumes que cada pessoa realiza para lograr um desenvolvimento e um bem-estar, sem atentar contra seu próprio equilíbrio biológico e a relação deles com o meio ambiente natural, social e laboral. Um estilo de vida saudável gera uma maior probabilidade de prevenir doenças crônicas e degenerativas melhorando saúde física da pessoa, aumentam as capacidades físicas como a flexibilidade a força, a resistência, a capacidade pulmonar e diminui o risco de sofrer de sobrepeso e obesidade, também aumenta a autoestima e melhora o afrontamento de situações de estresse melhorando a saúde mental. ¹²

As doenças crônicas são as causa de morbimortalidade que mais afeta ao município de Itaporanga d´ajuda, sendo um grande problema de saúde identificado pela equipe na comunidade da Nova Descoberta, quanto às causas de óbitos, as TRÊS mais frequentes são: a) Doenças do aparelho circulatório;(b) Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; c) Neoplasias. Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi Doenças do aparelho circulatório e entre os homens Doenças do aparelho circulatório também. ^{7,8,9}

Um dos grandes problemas de saúde identificados pela equipe de saúde da nova descoberta é alta prevalência de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis pelo que decidi realizar este projeto com o objetivo de promover mudanças de estilos de vida para reduzir as complicações das DCNT e brindar uma maior qualidade de vida as pessoa da comunidade, durante o trabalho no povoado identifiquei que as falta de adesão ao tratamento , obesidade ,sedentarismo ,estrese, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, as dislipidemias, o grande consumo de sal são uns dos principais fatores de risco no povoado. A equipe tem identificado um total de 386 hipertensos, 125 diabeticos,32 pacientes com cardiopatia,27 pacientes com ACV e 114 pacientes com doenças mentais, com os quais a equipe vai desenvolver o projeto. ^{3,4,5,6}

OBJETIVOS:

Geral:

Promover mudanças de estilos de vida na população da ESF da Nova Descoberta para a redução das complicações consequentes das doenças crônicas não transmissíveis.

Específicos:

1-Contribuir ao fortalecimento de estilos de vida mais saudáveis na população da Nova Descoberta.

2-Promover a prática da atividade física e a alimentação saudável para uma melhor qualidade de vida.

3-Conhecer quais são os hábitos de vida prejudiciais e as principais dificuldades que tem a população para a adesão de hábitos saudáveis.

4-Instruir à equipe de saúde para estimular as mudanças dos estilos de vida na população.

REVISÃO DA LITERATURA:

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): são doenças de longa duração, são aquelas doença de alta prevalência e não curáveis. Em geral incluem doenças cardiovasculares (cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doenças neoplásicas sem tratamento curativo, doenças respiratórias crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica e asma crônica), doenças osteoarticulares invalidante (artrites reumatóides y artroses severa), diabetes mellitus, dislipidemias entre outras. São multicausais e se desenvolvem no decorrer da vida e hoje em dia são um grande problema de saúde. Segundo a OMS no ano 2013 no Brasil um 72 % das mortes foram por causas das DCNT. As DCNT compreendem um vasto grupo de condições que têm em comum o fato de possuírem origem multifatorial, com forte influência de fatores de risco comportamental, alguns modificáveis, de risco comportamental, alguns modificáveis, outros não. No geral apresentam longo período de latência, evolução prolongada e etiologia não completamente elucidada. Provocam lesões irreversíveis e complicações que determinam diferentes graus de incapacidade e óbito, também tem efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral e são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável .^{1,2,3,4}

Para estas doenças existem vários fatores de risco, relacionados entre si, cuja prevenção reduzia o aparecimento de novos doentes, atenuaria o surgimento de lesões irreversíveis ou complicações que levariam a graus variáveis de incapacidades, até invalidez permanente. Os fatores de risco podem ser classificados em 3 grupos: de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos; os comportamentais. Podemos citar alguns fatores de risco importantes para as DCNT como a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo inadequado do sal, gorduras e açúcar, o estresse e o sedentarismo ³.

Segundo a OMS os fatores de risco no Brasil são: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana,

o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente ^{5,6}.

Hoje em dia se considera que o grande aumento da DCNT nos últimos anos constituem uma epidemia a nível mundial e que logicamente o Brasil não está isento de isto e que afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de apenas três DCNT diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico estão afetando a economia brasileira e se prevê que seja um grande obstáculo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ao provocarem o aumento da pobreza das famílias ^{5,6}.

O Brasil tem um plano de enfrentamento de DCNT com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. No plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 se aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) cujo objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas e as metas nacionais propostas são: reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64

anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Os eixos do Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação, monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral ⁷.

Fatores de risco da hipertensão arterial:

Os fatores de risco da HAS podem ser classificados em dois grupos: aqueles que podemos controlar, e aqueles que não podemos fazê-lo. O segundo grupo está relacionado à hereditariedade (história familiar de HAS), idade avançada e raça (maior risco para descendentes de africanos e hispânicos); já o primeiro, relaciona-se à resistência à insulina, obesidade, ingestão excessiva de sódio, uso de contraceptivos orais, além da inatividade física. Já é bem estabelecido na literatura que a idade, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras, baixa ingestão de potássio, são alguns fatores de risco que, associados entre si e a outras condições como as diferenças socioeconômicas, favorecem o aparecimento da HAS ⁸.

Complicações da hipertensão arterial:

A hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações as complicações mais frequentes são: AVE e a doença isquêmica coronariana (DIC), seguidas pela IC, IRC, encefalopatia hipertensiva e aneurisma dissecante da aorta ⁸.

Fatores de risco para diabetes tipo 1:

A diabetes tipo 1 é uma doença autoimune, que significa que ela ocorre quando o sistema imunológico ataca o próprio corpo, no caso as células beta do pâncreas. No momento os cientistas não sabem exatamente o que faz o sistema imunológico atacar as células, mas eles acreditam que tanto fatores genéticos quanto ambientais, como vírus, estejam envolvidos^{9,10,11}.

Fatores de risco para diabetes tipo 2

Diabetes tipo 2, a forma mais comum, está relacionada à obesidade, pressão alta, e colesterol alto. Em torno de 80% das pessoas com diabetes tipo 2 estão acima do peso. Estar acima do peso pode dificultar a utilização da insulina pelo corpo. Ter mais

de 45 anos e estar acima do peso eleva o risco de desenvolver diabetes tipo 2. Outros fatores de risco incluem: Ter parente em primeiro grau (pais e irmãos) com diabetes, Ter tido diabetes gestacional, ou ter dado a luz a pelo menos um filho pesando mais que 4 kg, Ter pressão 140/90 ou maior, Ter níveis de colesterol anormais: HDL menor que 35 e triglicérides maior que 250, Praticar exercícios físicos menos que três vezes por semana, Ter síndrome dos ovários policísticos, Histórico de doença cardiovascular ^{9,10,11}.

Complicações da Diabetes Mellitus:

Se bem a pedra angular para a prevenção das complicações na maioria dos diabéticos é a obtenção do controle metabólico estrito, também a eliminação de certos fatores de riscos para o macro e micro angiopatia é necessária tomar em conta a prática sistemática de exercícios físicos e a adoção de um estilo de vida apropriado de autocontrole, assim como as visitas periódicas ao médico, constituem elementos indispensáveis para lograr está prevenção. Estas complicações se podem classificar em Micro angiopatias: Retinopatia Diabética (cegueira adquirida) e Nefropatia Diabética (Insuficiência renal crônica terminal) e Macro angiopatia: Infarto agudo de Miocárdico (2 vezes mais frequente no homem com Diabetes e 4 vezes mais frequente na mulher com Diabetes), Acidentes Cerebrovasculares, Obstrução Vascular Periférico. Neuropatia: Periférica e Visceral. Além destas complicações que dependem da idade do paciente, do tipo de diabetes mellitus e o tempo de evolução da doença, existem outras que som as chamadas complicações agudas que necessitam da atenção imediata e especializada do paciente, pois podem falecer, dentro de estas temos a cetoacidoses, coma hiperglicêmico e a acidose láctica ^{9,10,11}.

"Estilo de Vida" é um conceito amplo que inclui a pessoa como um todo, e que tem muitos aspectos. Os aspectos do estilo de vida se combinam para influenciar a saúde individual em todas as áreas: Física, Mental, Espiritual e Social. O estilo de vida inclui as relações de trabalho, recreativas, e em casa e na família. ¹²

Porque é importante um estilo de vida saudável? Um estilo de vida saudável ajuda a manter o corpo em forma e a mente alerta. Ajuda a nos proteger de doenças, e ajuda a impedir que as doenças crônicas piorem. Isto é importante, porque à medida que o corpo envelhece, começa-se a notar alterações nos músculos e nas articulações e um

declínio na sensação de "força" física. Um estilo de vida saudável inclui a saúde preventiva, boa nutrição e controle do peso, recreação, exercícios regulares, e evitar substâncias nocivas ao organismo. ¹²

Um bom estilo de vida deve ser desenvolvido o mais cedo possível em sua vida quanto mais jovem melhor; estes hábitos devem ser mantidos durante a vida adulta e na idade madura. Fatores modificáveis do estilo de vida são a causa de 50% das mortes (entre as 10 causas mais importantes), incluindo :hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Doenças cardíacas, Câncer, Derrame cerebral, Acidentes, Doença pulmonar crônica ¹².

Nutrição e Controle do Peso

Nas últimas décadas tem havido rápido e crescente aumento no número de pessoas obesas, o que tornou a obesidade um problema de saúde pública. Essa doença tem sido classificada como uma desordem primariamente de alta ingestão energética. No entanto, evidências sugerem que grande parte da obesidade é mais devida ao baixo gasto energético que ao alto consumo de alimento, enquanto a inatividade física da vida moderna parece ser o maior fator etiológico do crescimento dessa doença nas sociedades industrializadas.

Para evitar a obesidade, coma 3 ou 4 refeições balanceadas, pobres em gorduras, e com muitas fibras todos os dias. Procure ingerir bastante cálcio - o cálcio e o exercício ajudam a prevenir a osteoporose. Se você mora sozinho, experimente alimentar-se em um restaurante comunitário, onde você possa conversar socialmente com outras pessoas - desta maneira, com uma companhia, você poderá estar contribuindo para o seu próprio equilíbrio mental. Todas as vezes que você come mais do que o necessário, o seu corpo irá guardar o excesso em forma de gordura. Uma boa dieta é essencial não só para combater as doenças cardiovasculares, mas pode ainda diminuir o risco de vários tipos de câncer: Comer uma grande variedade de frutas, vegetais, grãos integrais, feijões e legumes, incluindo 3 a 5 porções de vegetais e 2 a 4 porções de frutas por dia. Elas podem ser frescas, congeladas, secas ou cristalizadas. Controle da ingestão de gorduras. Evitar a obesidade melhorando os hábitos alimentares e participando de atividade física regular. Limitar a ingestão de

Atividade Física

O sedentarismo constitui um grande problema de saúde, pesquisas realizadas por OPAS mostram que atualmente um 70 % dos brasileiros gasta bem menos calorias do que gastava há muitos anos e que isso é o que hoje contribui com o aumento do risco de sofrer doenças crônicas, o estilo de vida atual é responsável pelo 54% do risco de morte por infarto e por 50% do risco de morte por derrame cerebral. Assim, vemos como a atividade física é assunto de saúde pública e que é questão de todos. O organismo necessita de atividade física regular, mas não extenuante. Não existe sentido em fazer um exercício exagerado e ter como consequência dores lombares ou uma lesão no joelho. É recomendado realizar exercícios físicos no caso dos idosos caminhada e exercícios aeróbicos leves e no caso do resto do pessoal dependendo da saúde deles outros tipos de exercícios.^{26,27.}

Sugestões para a Prática da Atividade Física

Para iniciar sua atividade com mais segurança, consulte um médico e/ou um professor de educação física; Escolha as atividades que você realmente goste; Selecione horários e opções compatíveis com seu estilo de vida; Nos primeiros meses, objetive valores como prazer, sucesso na realização das atividades, satisfação pessoal etc.; Incorpore a atividade física ao seu dia a dia: ande mais a pé, suba mais escadas, pratique mais esportes etc.; Se possível, selecione as atividades que possam ser realizadas com seus amigos e/ou família. ^{26,27.}

Evite substâncias que prejudiquem a sua saúde:

Uma das substâncias que prejudicam a saúde é o álcool que com o tempo leva a desnutrição, assim pois ele é considerado como uma caloria vazia com poucos nutrientes e além de isso o corpo tem que utilizar energia para o processamento do álcool tendo por endez um maior gasto energético sem nenhuma compensação nutricional. O consumo de álcool também desequilibra o metabolismo de nutrientes nos órgãos e nos tecidos contribuindo à aparição de doenças, sendo as mais

frequentemente as que afetam o fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose); o aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite), o sistema cardiovascular (hipertensão e problemas no coração). Também dificuldade na absorção intestinal impedindo a absorção de nutriente como folato, vitaminas do complexo B, minerais como cálcio, zinco, potássio e outros passam a ser excretados pelo organismo. Outro hábito prejudicial é o tabagismo que é o responsável por cerca de 30% das mortes por câncer no Brasil por câncer de pulmão, doença coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e derrame cerebral. Ainda de acordo com a OPAS, não existem níveis seguros de consumo do tabaco. As doenças ocasionadas pelo consumo de tabaco matam 3 milhões de pessoas no mundo anualmente. As doenças causadas pelo tabaco são responsáveis por perdas econômicas de aproximadamente US\$ 200 bilhões de dólares, no mundo. Hoje em dia temos o método de avaliação de Fagerström é muito utilizado para ajudar a definir a melhor estratégia para quem quer largar o cigarro. Trata-se de um questionário utilizado por médicos a fim de determinar se uma pessoa está seriamente viciada na nicotina.²⁸

Exercício

Mental

Mantenha o cérebro ativo tanto quanto seu corpo. Atividades que envolvam a ajuda às pessoas (trabalho social) pode dar sentido à vida, e ajudar a preencher a solidão e a combater a depressão. O envolvimento com uma crença (religião) parece ser benéfico na prevenção das doenças²⁹.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Este projeto tem como objetivo promover mudanças no estilos de vida para reduzir as complicações das DCNT e brindar uma maior qualidade de vida as pessoa da comunidade. A equipe tem identificado um total de 386 hipertensos, 125 diabeticos,32 pacientes com cardiopatia,27 pacientes com ACV e 114 pacientes com doenças mentais. Para o projeto vamos a estudar a população com diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Cardiopatias do ESF da Nova descoberta estabelecendo como idade pessoas de mais de 18 anos de idade e de ambos sexos. Os dados foram obtidos pelos prontuários e pelos cadastro dos ACS.

O projeto de intervenção será feito no PSF da Nova Descoberta do município de Itaporanga d´Ajuda no estado de Sergipe, durante o período compreendido entre fevereiro de 2017 a maio de 2017, com o objetivo de realizar ações educativas de mudanças de estilo de vida para redução de complicações consequentes das Doenças crônicas.

Momentos:

1-No primer momento haverá uma reunião com a equipe de saúde completa para informá-los da necessidade de realizar um projeto de intervenção sobre as mudanças do etilo de vida de para evitar complicações de DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis). Instruindo à equipe para a realização do projeto. Para isso, utilizaremos técnicas de pesquisas de observação direta extensiva, através da aplicação de um questionário.

2-No segundo momento realizaremos uma entrevista com todas as pessoas com seu prévio consentimento. Será utilizada variável demográfica como idade, medido grau de conhecimento sobre fatores de risco, pratica o não de atividades físicas, dieta utilizada, quais são os hábitos de vida prejudiciais à saúde mais importantes na população, quais são os recursos comunitários que tem disponíveis para combater os hábitos de vida prejudiciais à saúde e quais são os principais dificuldades que tem a população para a mudanças de estilos saudáveis.

3- No terceiro momento realizaremos palestra sobre DCNT e estilos de vidas saudáveis pra prevenir complicações, palestra sobre alimentação saudável e

atividade física. Toma de medidas antropométricas e avaliação de IMC. Aplicar questionário de avaliação do projeto. Avaliação dos resultados. Troca de experiências.

O universo de estudo será a totalidade dos pacientes com uma faixa etária maior de 18 anos com HAS, Diabetes Mellitus e cardiopatia.

Critérios de inclusão:

Os critérios de inclusão aceita aquelas pessoas que assinaram o consentimento informado do projeto e que sejam maiores de 18 anos, de ambos sexos e não tenham nenhum tipo de incapacidade mental.

Critérios de exclusão:

Para o critério de exclusão não participariam as pessoas que não cumprem com os critérios de inclusão. Já para os critérios de saída estarão às pessoas que deixarem de forma espontânea algum período da investigação, não desejar continuar com a pesquisa, possa sentir quaisquer das complicações de sua doença e que impeça a continuação do estudo. Esse questionário será realizado no ESF da nova descoberta e nas visitas domiciliares.

Para esta investigação será necessário realizar revisão da literatura e levantamento histórico dos pacientes. A análise dos materiais bibliográficos consultados para levar a cabo o desenvolvimento da investigação será feita através do método analítico-sintético. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado questionário. O método de questionário baseia-se em um conjunto de perguntas quanto ao tema de DCNT, cuja informação constituirá a informação primária necessária para o investigador, de acordo com os objetivos da investigação.

Os níveis estatísticos para a resolução, procedimentos de revisão da informação serão utilizados um programa de análise epidemiológico de dados tabulados. Destes foram selecionados prontuários. Será necessário, dentro dos métodos estatísticos, utilizar técnicas como a análise percentual para a interpretação dos dados obtidos, com sua consequente análise quantitativa e qualitativa, assim como a elaboração de tabelas.

A intervenção educativa será feita no PSF, no período de março 2017 a junho de 2017. Serão empregados dois questionários (apêndice 2 e 3). A equipe de saúde envolvida na investigação será composta por três técnicos em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de saúde bucal e um médico.

Os materiais usados são: Computadores; Fichas de Atendimento individual; Fichas de Atividades coletivas; Impressora; Cadernos de Atenção Básica (Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica No. 35 e 36); Sala para realização de grupos; Balança; Canetas; Pasta para arquivo do planejamento das atividades; Prontuários dos pacientes presentes na atividade

Para a investigação levou-se em conta aspectos éticos fundamentais como o respeito à pessoa que participa no estudo, a confiabilidade da informação, o que consiste o mesmo, sua importância solicitando a autorização a cada um dos participantes entrevistados, respeito as suas ideias, crenças e práticas religiosas, além de sua vontade em contribuir com o estudo, tendo a total liberdade de aceitar ou não.

CRONOGRAMA:

O cronograma foi elaborado pela médica e a enfermeira da equipe com o objetivo de implementar o projeto planejado.

ATIVIDADES	F-2017	M-2017	A-2017
ELABORAÇÃO DO PROJETO	X		
IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO	X		
ESTUDO DO REFERENCIAL TEORICO	X		
DISCUSSÃO DO PROJETO	X	X	
IMPLANTAÇÃO DO PROJETO		X	
ANALISE DE RESULTADOS		X	X
DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS			X

RECURSOS NECESSÁRIOS:

Computadores; Fichas de Atendimento individual; Fichas de Atividades coletivas; Impressora; papeis; Cadernos de Atenção Básica (Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica No. 35 ,36 e 37); Sala para realização de grupos; Balança; Canetas; Pasta para arquivo do planejamento das atividades; Prontuários dos pacientes presentes na atividade; folhas com o consentimento informado; folha com o questionário. Recursos humanos neste caso o pessoal da equipe da Nova Descoberta.

RESULTADOS ESPERADOS:

Após a revisão dos cadastro dos ACS e dos prontuários dos pacientes na UBS escolhemos todos os pacientes de mais de 18 anos com doenças crônicas não transmissíveis como são a diabetes mellitus, hipertensão, cardiopatia, AVC, obesos que assistiram a consultas e outros foram identificados nas visitas domiciliares.

Uma vez identificados os pacientes os ACS levaram as informações para eles marcando um dia para explicar o que é o projeto assim como a necessidade de realizar este para depois eles assinar livremente se estiveram de acordo com o mesmo. No primeiro encontro nós realizaremos uma entrevista com todas as pessoas com seu prévio consentimento para conhecer sobre fatores de risco, pratica o não de atividades físicas, dieta utilizada, quais são os hábitos de vida prejudiciais à saúde mais importantes na população, quais são os recursos comunitários que tem disponíveis para combater os hábitos de vida prejudiciais à saúde e quais são os principais dificuldades que tem a população para a mudanças de estilos saudáveis. No segundo encontro fizemos Palestra sobre DCNT e estilos de vidas saludáveis pra prevenir complicações. No terceiro encontro fizemos palestra sobre alimentação saudável e atividade física assim como a toma de medidas antropométricas e avaliação de IMC. Finalmente no quarto encontro aplicamos o questionário de avaliação do projeto, avaliamos os resultados e fizemos uma troca de experiências e ideias.

Todas as atividades foram realizadas pela equipe preparada pela Doutora realizado em 4 encontros os quais aconteceram mensalmente no período de fevereiro de 2017 até abril de 2017. O projeto foi realizado na ESF no período matutino ou vespertino as segundas feira em visitas domiciliares e nas quartas feira da terceira semana do mês na consultas de Hiperdía. Foram utilizados imagens de computador, cartazes e explicação verbal. O projeto de intervenção teve como objetivo aumentar o nível de conhecimento para a mudança no estilo de vida e consequentemente reduzir as complicações das DCNT e evitar a morte prematuras consequentes destas doenças.

Nos últimos anos as DCNT tem afetado a mais de 40 milhões de pessoas no mundo todo correspondendo ao 72 % das mortes a nível mundial, a hipertensão arterial afeta a mais de 240 milhões de pessoas no mundo com o agravante de que mais do 50% delas nem sabem que estão doentes. Isto se deve provavelmente a que esta doença é uma afecção silenciosa que nem sempre apresenta sintomas pelo que constituem

uns dos principais fatores de risco para a aparição de doenças cardiovasculares como os AVC ou doença coronariana; as doenças cardiovasculares constituem umas das principais causas de morte a nível mundial sendo estas prematuras e evitáveis, os fatores de risco que favorecem a estas doenças são as dietas alimentares erradas, inatividade física, exposição a fumaça de tabaco e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas.

Uns dos pilares fundamentais no trabalho na atenção primária de saúde são a prevenção e a educação, de jeito que o atendimento seja integral para levar um atendimento a todas as pessoas com estilo de vida desfavoráveis que tiveram altas provabilidade de apresentar uma DCNT.

Neste projeto observo uma grande mudança no estilo de vida para redução de complicações consequentes das Doenças Crônicas não transmissíveis mediante ações preventivas na comunidade. Observando que as pessoas adultas jovens são as mais afetadas pelo que acho que esta faixa etária exige maior atenção. O projeto de intervenção realizado na ESF foi importante porque estimulou tanto à equipe de saúde quanto aos pacientes atendidos para a fazer alimentação saudável nos dias das reuniões de grupos de hiperdia.

As atividades realizadas ofereceram informações sobre as DCNT que os pacientes e algumas pessoas da equipe não conheciam despertando um grande e interesse por saber mais sobre as DCNT e estilos de vida saudáveis. Uma das coisa que me chamaram a atenção foi a quantidade de pessoas adultas que não levam tratamento estável e que não conheciam do risco deste para desenvolves as complicações das DCNT e também a preocupação deles depois de conhecer a realidade da sua saúde e dos riscos que tem cada um deles segundo as doenças que apresentavam.

De 386 usuários que participaram no projeto um 98% dos participantes no projeto gostaram dele e um 2% não gostaram dele. O 15% realizava exercícios físicos e dieta antes do projeto e 85% depois do projeto, dali observa-se que os que não fizeram dieta e exercícios físicos depois do projeto foram alguns dos adultos jovens que ainda não aceitam que tem doenças crônicas e que temos que trabalhar mais com essa faixa etária para melhorar a saúde de nossa comunidade e que o projeto foi bom porque conseguiu mudar estilos de vidas na maioria das pessoas que participaram no projeto.

Depois da avaliação do projeto se observou grande quantidade de pessoas que tem um alto risco de padecer de doenças crônicas, pelo que seria interessante a busca ativa de pessoas com HAS e diabetes a traves de a aferição da pressão arterial e de teste de glicemia realizados a toda a população do povoado mais pra isso seria um novo projeto de intervenção mais amplo e se é possível com ajuda da coordenação da saúde do município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1-Portal da saúde sus. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>.

2- Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil

Transmissíveis (DCNT) no Brasil Maria Isabel do Nascimento MEB/ Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/Aula_Plano_DCNT_2015-2.pdf.

3- DCNT (DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS). Nutrição e bem – estar.

<http://elainecristinanutri.blogspot.com.br/2012/04/dcnc-doenças-cronicas-nao.html>.

4- Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>.

5- O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.

http://www.actbr.org.br/uploads/conteúdo/931_Deborah.pdf.

6-. Universidade Federal Fluminense Instituto de Saúde Coletiva MEB – Epidemiologia IV Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.

http://www.epi.uff.br/wpcontent/uploads/2013/08/aula_Plano_DCNT_2016-2.pdf

7-Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Aprovado em 28/12/2011. http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf.

8-Hipertensão arterial: Fatores de risco e complicações. Revista digital Buenos aires , Año 16, Nº 160, Septiembre de 2011. . Alisson Gomes da Silva, Vinicius Dias Rodrigues y Leonardo Ferreira Machado.

<http://www.efdeportes.com/efd160/hipertensao-arterial-fatores-de-risco.htm>.

9- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

10- [Sociedade Brasileira de Diabetes - Diabetes tipo1, Diabetes ...](#)

www.diabetes.org.br.

11- Consenso Brasileiro Sobre Diabetes – 2002 – Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2002.

12- [Estilos de Vida Saudáveis e a Prevenção das Doenças- Artigos ...](#)

www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/4118/-1/estilos-de...

13-Nutrição, Obesidade e Controle do peso Atividade Física relacionada à Saúde Prof. Eduardo Kokubun Camila B. Papini- 2008. <http://slideplayer.com.br/slide/368687/>.

14-Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781):1949-1961.

15-Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Aprovado em 04/06/2014.

16- BRASIL. Indicadores de Saúde 2007. Brasília: Ministério da Saúde e OPAS, 2008.

17- BRASIL. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: Fiocruz e Ministério da Saúde, 2008.

18- Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais

Maria Inês Schmidt, Bruce Bartholow Duncan, Gulnar Azevedo e Silva, Ana Maria Menezes, Carlos Augusto Monteiro, Sandhi Maria Barreto, Dora Chor, Paulo Rossi Menezes.

19- NA REDE. Alimentação do Adolescente. Disponível em <http://ipas.org.br/teen/alimentacao.html>. Acesso em: 27 out. 2007.

20--Panorama general. Adolescência e Juventude. UNICEF. www.unicef.org/spanish/./index_bigpicture.html. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento. Brasília, 2010.

21-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Elaboração de pareceres técnico-científicos. 3. ed. Brasília, 2011.

22- MINISTÉRIOS DA SAÚDE. Transcrição integral do Despacho conjunto n.º 861/99, publicado no Diário Da República – II Série – N.º 235 – 08 de Outubro.

De 1999. Disponível em: <<http://www.apostomizados.pt/pt/item/3-legislacao/89-despacho-conjunto-n-caracterizacao-de-deficiencia-profunda-e-doenca-cronica>>.

Acesso em: 08 de fevereiro de 2013.

23- Organização Mundial da Saúde (OMS) Relatório Anual. 2013 maio.

24- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.

25- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p.

26-blog boa saúde. Importância do exercício físico.<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/4772/-1/importancia-da-atividade-fisica.html>.

27-Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida.

Universidade Católica de Brasília (Brasil) Luís Otávio Teles Assumpção Pedro Paulo de Moraes Humberto Fontoura.

<http://www.efdeportes.com/efd52/saude.htm>.

28- Efeito do álcool sobre a nutrição ~ PET Nutrição Alimentando ...

petnutricaoalimentandoideias.blogspot.com.br/2012/03/...

29-Exercícios mentais contribuem para manter o foco | Mente e ...

www2.uol.com.br/vivermente/noticias/exercicios_mentais...

APENDICES E ANEXOS:

Apêndice1

Consentimento informado

Data:

Hora:

Eu _____ estou sendo informada sobre o projeto que vai ser realizado no povoado da Nova Descoberta com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida, onde se realizarão atividades educativas sobre as DCNT pelo que dou meu consentimento para me incluir neste projeto.

Assinatura do paciente

Apêndice 2

Questionário de avaliação do conhecimento adquirido pela equipe para a realização do projeto.

1-O que é uma DCNT?

___corresponde ao processo patológico caracterizado por evolução lenta e duração prolongada ou por recorrência frequente por tempo indeterminado.

___ corresponde a um processo patológico que tem início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta.

2-Quais são os fatores de risco das DCNT? Marque com uma X as respostas corretas.

__tabagismo ___consumo de salgadinhos ___hipoglicemia ___realização de exercícios físicos ___ peso ideal ___ inatividade física ___consumo excessivo de álcool ___sobrepeso e obesidade___ consumo de frutas e hortaliças ___hiperglicemia.

3-quais são as complicações mais frequentes? Marque com uma X as respostas corretas.

___ Retinopatia Diabética (cegueira adquirida) ___ Insuficiência renal crônica ___anemia ___AVC___ Faringite___ Infarto agudo de Miocárdico ___ Obstrução Vascular Periférico___ Neuropatia Periférica. Insuficiência cardíaca ___obesidade___hipercolesterolêmia.

4-Qual é a conduta a seguir em pacientes com DCNT?

___Mudanças de estilos de vida.

___Tratamento farmacológico.

___As duas anteriores.

5- Quais são os estilos de vida saudável?

____ consumo de frutas e vegetais ____ obesidade ____ prática de exercícios físicos

____ consumo de fast food ____ sedentarismo ____ consumo de álcool

____ tabagismo ____ respeitar os horários das refeições ____ Realização de exercícios

mentais ____ caminhadas.

Apêndice 3

Questionário de avaliação do Projeto.

- 1- Você gostou de participar do Projeto? ____ sim ____ não
- 2- Você conseguia ter uma alimentação balanceada antes de começar o projeto?
____ sim ____ não
- 3- Você está conseguindo ter alimentação balanceada agora?
____ sim ____ não
- 4- Você fazia exercícios físicos antes do projeto? ____ sim ____ não
- 5- Está realizando exercícios físicos agora? ____ sim ____ não
- 6- Si a resposta é afirmativa diga quais e com que frequência?
Diário____ Dias alternos____ Semanal____
- 7-Você dormia 8 horas diárias ante do projeto? ____ sim ____ não
- 8- Você dorme 8 horas depois do projeto? ____ sim ____ não
- 9-Você bebia mais 2L de água ao dia ante do projeto?
____ sim ____ não
- 10-Você bebe mais 2L de água ao dia depois do projeto?
____ sim ____ não
- 11- O conhecimento obtido no projeto ajudou você conhecer sobre a sua doença? Se sente com mais segurança para enfrentá-la?
____ sim ____ não
- 12- Na sua opinião, quais foram os aspetos positivos e negativos do projeto?

- 13-O senhora(a) acha que as atividades desenvolvidas no projeto trouxeram algumas mudanças no hábito praticado pelo senhor(a)?
____ sim ____ não

14- No caso de que a resposta seja positiva. Diga quais hábitos mudou?

15-Você conseguiu com este projeto, levar um estilo de vida mais saudável?

_____ sim _____ não

16- Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades?
Quais?
