

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UFCSPA/UNASUS**

**Carolina Figueira Ghammachi**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA SINDROME METABÓLICA EM IDOSO NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**BELÉM**

**2017**

**Carolina Figueira Ghammachi**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA SINDROME METABÓLICA EM IDOSO NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sendo este, marco da conclusão do curso de especialização em medicina de família e comunidade.

Orientador: André Luiz da Silva

Belém

2017

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>03</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>09</b>
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>ANEXO/ PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Possuo formação em medicina pelo centro universitário do estado do Pará- CESUPA- tendo concluído a graduação no ano de 2015. Atuo na atenção básica no município de Igarapé Açú, na UBS de Santo Antônio do Prata. Atuo, também na unidade de pronto atendimento (UPA) do Icuí, na cidade de Ananindeua, no estado do Pará, Brasil.

A UBS onde atuo atende uma população principalmente de zona rural, abrangendo uma população de baixa renda e que tem ocupação principalmente, atividades rural, como o extrativismo e pequenos comércios. A unidade de saúde atende 645 famílias cadastradas de todas as faixas etárias, sendo mais prevalente a presença do gênero feminino, assim baseado nisso, o projeto de intervenção descrito posteriormente.

A equipe multiprofissional é composta por 01(uma) médica, 01(uma) enfermeira, 02(dois) técnicos de enfermagem, 04 (quatro) agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 (um) técnico administrativo. Tal equipe possui uma boa articulação entre si, hoje, fazendo um excelente trabalho, dentro das possibilidades, na comunidade atendida. A estrutura física da UBS [e composta por um consultório médico, sala de vacina, farmácia, copa, dois banheiros e uma recepção. O território onde está localizada a UBS é carente de suporte de saúde tendo apenas a atenção básica como suporte.

Sem dúvida é importante que o suporte da atenção secundária e terciária seriam imprescindíveis para o município visto ao desconforto aos pacientes que necessitam desse tipo de assistência terem de se deslocar para um grande centro para obterem o atendimento necessário. Entretanto, a atenção primária não deve ter um papel estereotipado como muitas vezes se acredita, que é apenas prevenção e promoção em saúde. A APS baseada em seus princípios trata sim muitas injúrias que afligem a população e é o ponto chave para a não oneração dos serviços públicos de saúde fazendo com que este seja cada vez de mais baixa qualidade para a população mais necessitada.

No decorrer do eixo um, a elaboração de um projeto de intervenção foi crucial para mudar o perfil de pessoas cadastradas. Os homens se fazem menos presente

na unidade de saúde e só buscam atendimento em situações de doença, assim o projeto foi o **Incentivo ao autocuidado da saúde do homem na atenção básica**. Essa abordagem serviu para identificar os motivos pelo qual o gênero masculino não busca o autocuidado e não se torna participante ativo de sua própria saúde a fim de mudar esse quadro na população local. Sabe-se, portanto, que tal problema não é apenas de minha UBS de atuação, mas um problema nacional, que tem necessidade de se identificar os fatores determinantes para esse quadro da população.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso de Vera é um exemplo bem corriqueiro na atenção básica. Dona Vera, senhora de 56 anos, casada com Seu João há 25 anos, cuida de seu pai, Antônio de 76 anos que ficou com sequelas de acidente vascular cerebral e depende da ajuda de Vera para as necessidades pessoais mais básicas, até mesmo a higiene pessoal. Ela refere esta muito fadigada com sua rotina e não tem tempo para se cuidar. Tem ganhado peso e sua pressão artéria sistêmica está alta.

É comum, casos como este nas unidades básica de saúde(UBS) em todo o Brasil. Assim, o caso que será descrito com base no caso de dona Vera. Os nomes dos pacientes relatados daqui em diante são meramente fictícios, feitos apenas para tornar o texto bem mais contundente e próximo da realidade.

Helena, senhora de 59 anos de idade, casada com Fernando há 32 anos, tem como ocupação uma lojinha de roupas em frente sua casa e, como herdou habilidades de costura com sua mãe e avó, faz pequenas manutenções em roupas, o que ajuda a colocar um pouco mais de renda na casa. Fernando é marceneiro e trabalha empregado em uma empresa alguns quilômetros de sua casa. Eles tem apenas um filho, Carlos Eduardo, 26 anos, que já não mora na cidade pois foi para outro estado, São Paulo, tentar uma vida melhor.

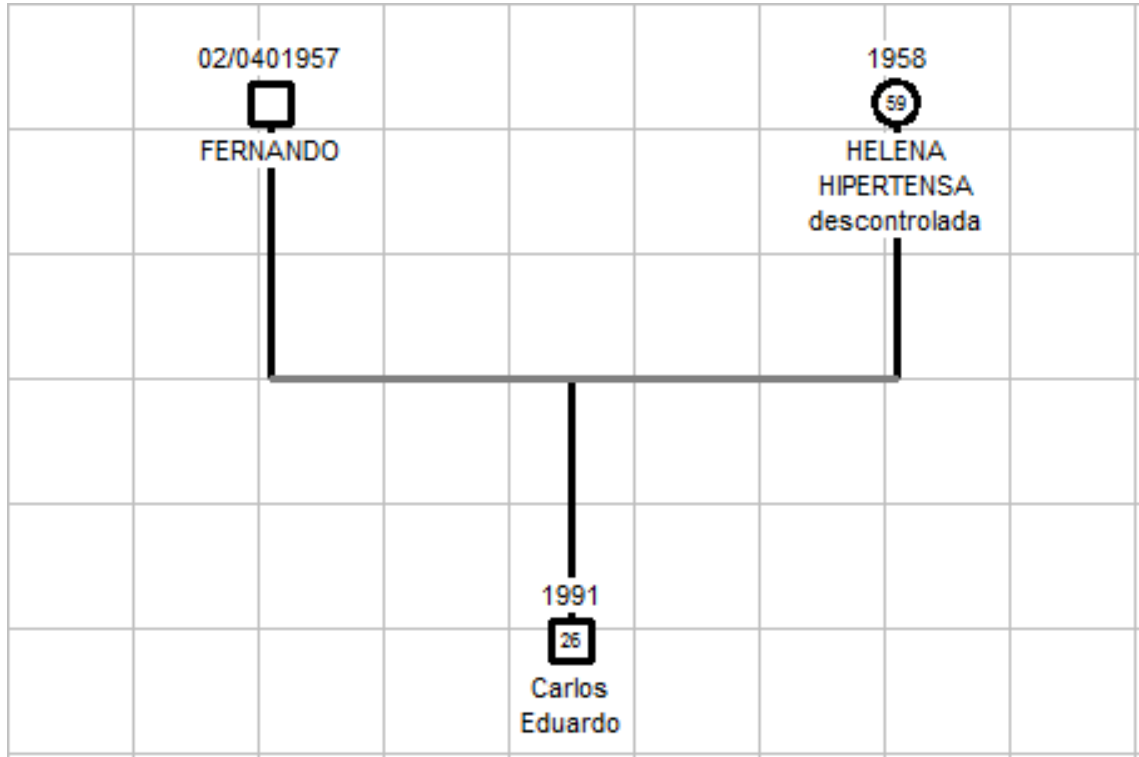
Contudo, Helena se diz muito ocupada com os afazeres da loja e de casa e não consegue arranjar tempo para exercícios físico, afirmou ela em sua última consulta com o médico da UBS de sua área. Um agente comunitário de saúde em uma visita domiciliar, que havia notado que Helena não tinha ido mas as consultas do HiperDia, conseguiu agendar uma para ela.

Ao chegar ao consultório médico, Helena já falou: *“doutor, eu engordei mesmo, não tenho tempo para me cuidar direito, todo tempo ocupada na loja e limpando a casa e fazendo as coisas”*. Falou um pouco envergonhada e olhando para baixo. O médico a acalmado disse para ela ter calma que iram achar uma forma melhor de cuidar da saúde dela.

Ela foi questionada sobre a tomada de sua medicação para hipertensão arterial sistêmica (HAS). Ela falou que as vezes esquece e não toma adequadamente, pois as vezes acorda e faz logo o café de seu marido, Fernando,

antes de ele sair para o trabalho e vai direto abrir sua loja e que nessa “correria” esquece a medicação

### Genograma





O médico faz o exame físico e nota um ganho considerável de peso de dona Helena, 5 (cinco) quilos desde a última consulta, há 3(três) meses. A circunferência abdominal era de 99,5 cm e sua pressão arterial estava 150x100 mmHg. No exame físico de tórax, ausculta cardíaca percebia-se bulhas normofonéticas rítmicas em 2(dois) tempos sem sopros; ao aparelho respiratório, murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios, tórax sem anormalidades na inspeção estática ou dinâmica.

Dessa forma, o médico afirmou a importância da medicação para a HAS para a saúde de Helena, a informando, também, as consequências do não tratamento correto, não só medicamentoso como mudanças no estilo de vida, tanto relacionado à dieta quanto à prática de exercícios físicos. Dona Helena, após ouvir atenciosa, diz que desde que começou a tomar o remédio para a pressão arterial sente uma tosse leve lhe incomodar. Ao ser questionada qual remédio fazia uso ela disse: “ não sei lhe dizer doutor, mas é um que termina em PRIL”. Assim, ficando claro que era um inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) que, em alguns pacientes podem apresentar esse sintoma descrito pela paciente.

Ela foi orientada e sua prescrição anti-hipertensiva foi mudada, e ela passará a usar Losartana 50 mg em 2 tomadas ao dia (12/12 horas) e foi solicitado exames laboratoriais para analisar vários parâmetros sanguíneos de dona Helena que teve sua consulta de retorno marcada para as próximas duas semanas. Os exames foram: 1) Hemograma; 2) urina EAS; 3) Glicemia de jejum; 4) colesterol total e frações; 5) triglicerídeos.

Na consulta de retorno, Helena, já ansiosa ao entrar no consultório, diz que queria saber logo o resultado que estava nervosa. Alguns de seus exames foram anormais. Seu colesterol foi de 200 mg/dL; HDL: 39,5 mg/dL; LDL: 180 mg/dL; triglicerídeos: 201 mg/dL. Além do quadro de dislipidemia, sua glicemia de jejum era de 102 mg/dL. Assim, o médico lhe alertou de um quadro inicial de diabetes melito tipo 2(dois). Foi prescrito para ela uma estatina, sinvastatina 20 mg uma vez ao dia para tentar melhorar o perfil lipídico de dona Helena que se encontrava alterado. A paciente foi aconselhada pelo médico e pela enfermeira sobre os riscos cardiovasculares que ela poderia ter por conta de uma HAS não controlada e uma possível diabetes, assim como foi incentivada a participar do

grupo de aeróbica que ocorre todos as terças e sextas-feiras no barracão comunitário e participar mais ativamente do HiperDia, pois há palestras quinzenalmente sobre dieta saudável. Dona Helena após essa consulta saiu mais confiante quanto a seu tratamento e mais disposta a cumpri-lo à finco.

É importante perceber que, embora a atenção básica seja uma etapa primária à prevenção e promoção de doenças e agravos, que o acompanhamento de pessoas portadores de doenças crônicas, como é o caso de Helena, a baixa adesão ainda continua sendo um desafio a ser enfrentado e solucionado através de políticas educacionais e estruturais do sistema de saúde. Isso envolve muitos fatores que podem ser tanto socioeconômicos quanto psicológicos dos pacientes, que incluem condições educacionais financeiras e, também, seu desejos e sentimentos em relação à sua doença.

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

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de óbito nos países industrializados, sendo a aterosclerose coronariana a mais evidenciada nas fases iniciais da adolescência. Nos últimos 40 anos, um grande número de evidências epidemiológicas demonstrou, de forma conclusiva, que a hipercolesterolemia, em particular o aumento dos níveis séricos de LDL-c, é preditora direta da doença aórtica e por isso é o principal alvo de intervenção, de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol (RIBAS;SILVA,2009).

Dados recentes mostraram que cerca de 17% dos americanos apresentam níveis de colesterol igual ou acima de 240 mg/dl e atribuem à hipercolesterolemia o maior fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardíacas. No Brasil, as dislipidemias associadas com outros agravos não transmissíveis como diabete, hipertensão e obesidade representam também, atualmente, um grave problema de saúde pública além de serem a principal causa de gastos em assistência médica pelo Sistema Único de Saúde. Na região Norte, mas especificamente, no município de Belém, as DCV foram responsáveis por 26% dos óbitos em 2004, sendo que 4% destes atingiram indivíduos com menos de 20 anos de idade (RIBAS;SILVA,2009).

Nos idosos raramente são encontradas grandes elevações, características de caráter genético, entretanto se observam discretas ou moderadas elevações de CT, TG e LDL-C. São mais frequentes as dislipidemias secundárias a hipotireoidismo (principalmente nas mulheres), diabetes melito, intolerância à glicose, síndrome nefrótica, obesidade, alcoolismo ou uso de medicamentos, como diuréticos tiazídicos e bloqueadores beta-adrenérgicos não seletivos (V DIRETRIZ DE DISLIPIDEMIA,2013).

Para a hipercolesterolemia, as estatinas são a primeira escolha. A tolerância é boa, não há maior incidência de efeitos indesejáveis, embora dores

musculares, câimbras e fraqueza, por vezes confundidas com doença osteomuscular, possam ocorrer mesmo com doses baixas (V DIRETRIZ DE DISLIPIDEMIA,2013).

Um estudo transversal retrospectivo realizado no município de Água Doce, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Irmã Thereza Uber, que abrange 100% do território e cuja população é de 4095 habitantes. O período compreendido para análise dos dados foi de janeiro de 2013 a outubro de 2013. Foram considerados válidos os pacientes que participaram de encontros do grupo HIPERDIA e que tiveram, pelo menos uma solicitação de colesterol sérico, HDL, triglicérides e glicose de jejum (BRAGA, et al.,2014).

Foram avaliados 164 pacientes. Observou-se a presença de Síndrome metabólica(SM) em 59,15% (n= 97), sendo 29,9% do sexo masculino (n= 29) e 70,1% (n= 68), do sexo feminino. A média de idade foi 65,2 anos. Três critérios foram preenchidos em 53,61% (n= 52); em 30,93% (n= 30) 4 critérios e; em 15,46% (n= 15) 5 critérios. O aumento da circunferência abdominal foi visto em 116 casos e destes, 84 tinham SM (72,41%). Alteração na glicose de jejum foi observada em 63 pacientes. Neste grupo, 84,13% (n= 53) tinha a síndrome. Alteração no HDL foi constatada em 42,68% (n= 70), e o diagnóstico de SM foi feito em 64 indivíduos (91,43%). A hipertrigliceridemia foi vista em 33,54% (n= 55) dos quais 96,36% (n= 53) tinha SM (BRAGA, et al.,2014).

Dessa forma, é possível perceber que a síndrome metabólica é resultado direto dos hábitos de vida como a falta de uma boa alimentação e exercícios físicos. Assim, o profissional de saúde da atenção básica é, também um fator determinante na adesão ao tratamento do paciente a partir de orientações fundamentais que levam o paciente a entender o valor do autocuidado e que a terapia medicamentosa é apenas uma das etapas do tratamento. Atualmente, a abordagem do processo de envelhecimento tem apresentado uma perspectiva positiva, permitindo a valorização da identidade pessoal, bem como a experiência de vida dos indivíduos idosos (FAZZIO,2012).

A alimentação desempenha na vida das pessoas um papel abrangente que envolve não apenas uma simples incorporação de material nutritivo necessário para a sobrevivência, mas algo que possui um profundo significado subjetivo, social

e cultural, ligado ao simbólico e ao imaginário. As práticas alimentares sofrem os efeitos da estruturação econômica e política da sociedade, refletem as desigualdades sociais, submetendo-se, no modo de vida urbano-industrial, a novas e tradicionais relações sociais, modos de consumo, de distribuição e uso dos alimentos. As idéias sobre os alimentos, as crenças nas suas propriedades, os efeitos que os acompanham envolvem valores sociais, noções de moralidade, comportamentos apropriados, relações entre distintos grupos de idade e gênero, permeando ainda, pela identidade social, relações com o corpo e o gosto (FAZZIO,2012).

O contato social entre idosos pode ser estimulados por uma equipe multiprofissional que pode agir de forma conjunta em prol da mudança dessa quadro alimentar não saudável no idoso prevenindo a SM. O convívio com parentes, amigos e vizinho no intuito de melhorar a auto-estima, autonomia e independência dos idosos; bem como despertar o interesse por hábitos alimentares mais saudáveis, visto que o estado de ânimo e a integração têm uma conotação social muito importante na alimentação do idoso, refletindo não somente na quantidade de alimentos, expressa diretamente pela aceitação ou recusa alimentar, mas na qualidade da alimentação(FAZZIO,2012).

Estudos epidemiológicos e de intervenção demonstram claramente que a prática regular de atividade física é eficaz para a prevenção e controle do diabetes do tipo 2 (CIOLAC; GUIMARÃES,2004).

O exercício físico é um importante fator para a promoção da saúde na população, visto que a atividade física regular ou a mudança de estilo de vida tem impacto real no bem-estar e na longevidade. Através deste trabalho demonstram-se os benefícios fisiológicos da prática regular de exercícios físicos, que contribuem para o aumento da expectativa de vida (ZAMAI; ROCHA,2016)

Portanto, a presença do usuário idoso em uma rede de atenção requer diálogo entre os diferentes serviços de saúde e níveis assistenciais. Daí a importância da capacitação dos profissionais de saúde, estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, adaptação de instrumentos de identificação de risco de fragilidade e incapacidade funcional (dentro de cada nível assistencial, com ênfase na atenção básica)(MOTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

#### 4 VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar deve ser um instrumento de promoção e prevenção de agravos do profissional de saúde. Pacientes impossibilitados de locomoção, casos em que envolvem vigilância em saúde e outros. Assim como no caso de dona Margarida, número 25 dos casos complexos, os atendimentos domiciliares nem sempre são por agendamento.

Para uma boa abrangência na área da equipe de saúde, é necessário que as visitas domiciliares sejam feitas de forma conjunta, em que há colaboração empenho de toda a equipe. Assim como foi feito no caso de Margarida, minha equipe de atuação estabelece metas semanais, em se tratando de atendimento em domicílio. Toda semana a equipe se reúne as quintas-feiras para que os casos identificados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), repasse a situação de famílias que merecem atenção em domicílio. Esses são agendados pela enfermagem e repassado para todos os profissionais. Isso possibilita visões de vários ângulos de uma determinada situação, a partir dos outros profissionais.

Além de todo essa articulação, com o intuito de melhor alcançar famílias em situações de risco ou pacientes vulneráveis, a equipe cria vínculo com a comunidade, e dessa forma ganha a confiança do moradores da área. Isso não somente melhora a relação médico-paciente, mas torna a população muito mais colaborativa com todas as ações promovidas através da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Em certa ocasião, em que tive que ir às pressas em uma visita domiciliar de urgência, presenciei o caso de Franciely, mulher de 45 anos, casada, católica e mãe de 3 filhos. Ela queixava-se de toda a família sempre apresentava problemas gastrointestinais, principalmente, diarreia e cólicas abdominais, sendo que todos já haviam sido tratados para parasitoses intestinais. A visita foi de urgência, pois Franciely estava com fortes dores e desidratada. Após a abordagem medicamentosa e de reidratação que promovi, juntamente com a equipe, à ela, tive a oportunidade

de perceber, nesta visita alguns costumes familiares que poderiam estar levando esta família a um quadro crônico de infecção parasitária intestinal.

Na casa, usava-se apenas filtro, e não fervia-se água, e raramente hipoclorito, pois, dizia que seu marido não gostava do gosto que este dava à água. Assim, a família ficava se infectando frequentemente, mesmo sendo submetida a tratamento medicamentosos.

A partir desse caso, pude me atentar como profissional, o valor real da visita domiciliar. Esta experiência me trouxe mais perspicácia para perceber outros enfoques além da consulta de puericultura dentro da UBS.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao longo deste curso de especialização obtive uma grande carga de conhecimento teórico em que pude pôr em ação em minha prática clínica. Durante o Eixo 1 pude melhor perceber como um profissional médico deve olhar e entender seu território de atuação, assim como conhecer os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso ampliou minha visão como profissional e melhorou minha relação com a comunidade e o vínculo com esta.

Sem dúvida, o conhecimento adquirido na plataforma resultou, também em uma melhor relação com a equipe em que atuo, enfermagem, ACS, técnicos e todos que com sua profissão colaboram com a promoção de saúde na área de abrangência de nossa equipe. Isso sem dúvida é de suma importância para a população assistida, pois transforma em cada ação da equipe multidisciplinar a realidade local, que muitas vezes necessita de atendimentos básicos, os quais apenas, é necessário o empenho dos profissionais atuantes.

Os casos complexos, também, foram de muita valia, pois me proporcionaram formas de como lidar em situações que antes poderia não saber agir da melhor forma como profissional. A leitura dos casos trouxeram para minha prática uma melhor forma de tratar o paciente em suas injúrias de saúde e sociais.

A colaboração dos tutores permitiu um intercâmbio de conhecimento que enriqueceu cada vez mais essa caminhada durante todo o período do curso de especialização. As correções de assuntos teóricos e a compreensão por parte da tutoria, quando dificuldades apareciam, tornou minha jornada ao longo do último ano bem mais entusiasmante e recompensadora.

Portanto, daqui para frente, minha visão como profissional será bem mais ampla, em se tratando de paciente. Isto, com certeza, vai muito além de uma anamnese e exames físico bem elaborados, mas modificou meu conceito de humanidade.



## REFERÊNCIAS

BRAGA, Denis Conci et al. Síndrome metabólica em pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção Primária. In: **ANAIS DO CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. 2014. p. 182.

CIOLAC, Emmanuel Gomes; GUIMARÃES, Guilherme Veiga. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev bras med esporte**, v. 10, n. 4, p. 319-24, 2004.

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA—UMA ABORDAGEM NUTRICIONAL E ALIMENTAR. **Revista de divulgação científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 779- 786, Apr. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>

RIBAS, Simone Augusta; SILVA, Luiz Carlos Santana da. Dislipidemia em escolares na rede privada de Belém. **Arq Bras Cardiol**, v. 92, n. 6, p. 446-51, 2009.

XAVIER, H. T. et al . V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1- 20, Oct. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.

ZAMAI, Carlos Aparecido; ROCHA, Pamela Andressa P.. Atividades de condicionamento físico oferecidas aos servidores da unicamp para combate da síndrome metabólica. **Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC**, Campinas, SP, n. 3, p. 294-295, ago. 2016. ISSN 2525-5398. Disponível em: <<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/simte/article/view/7938>>. Acesso em: 18 mar. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.20396/sinteses.v1i3.7938>.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UFCSPA/UNASUS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**INCENTIVO AO AUTOCUIDADO DA SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**Carolina Figueira  
Ghammachi**

**BELÉM**

**2017**

## RESUMO

A Unidade Básica de saúde de Santo Antônio do Prata, localizada no município de Igarapé Açu, Pará, tem um baixo índice de desenvolvimento humano e tem como característica uma população que vive essencialmente do extrativismo. No que se refere à atenção familiar, a Estratégia Saúde da Família tem uma abrangência contundente sobre as áreas que lhes são submetidas. Entretanto, há uma discrepância entre o número de pessoas do gênero masculino e feminino cadastrados na ESF. Nota-se um menor número de homens se comparado ao de mulheres e isso se torna um desafio para a equipe. A atenção primária à saúde do homem é um tema que tem se discutido pelas políticas nesse âmbito. Objetiva-se, através de uma ação, o conhecimento das dificuldades dos homens a comparecerem nas consultas de puericultura ou, até mesmo, nas de controle, para identificar quais são as dificuldades e os motivos que os levam a tal comportamento. Sugere-se a apresentação da intervenção à equipe e uma articulação multiprofissional, em um primeiro momento, seguido da abordagem a esse grupo e trabalhar uma estratégia baseada nos problemas relatados. Espera-se que, através de uma ação conjunta, que o conhecimento sobre a importância da saúde do homem se torne mais homogêneo na população e, também, prioridade da equipe de saúde da UBS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde do homem. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de

Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>03</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>05</b>
<b>2.1OBJETIVOGERAL.....</b>	<b>05</b>
<b>2.2OBJETIVOSESPECÍFICOS.....</b>	<b>05</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>06</b>
<b>3.1 O CUIDADO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DO HOMEM.....</b>	<b>06</b>
<b>3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....</b>	<b>06</b>
<b>3.3 O DESAFIO DA INCLUSÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>08</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>09</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>10</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>12</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Igarapé Açú, localiza-se na região nordeste do estado do Pará com 37.333 habitantes segundo IBGE( instituto brasileiro de geografia e estatística).

A UBS de Santo Antônio do Prata é uma comunidade que tem a cidade de Igarapé Açú como sede. É carente de serviços de saúde, embora a estratégia saúde da família tenha ganhado abrangência, ainda falta recursos que nem sempre a gestão do município pode assistir.

Na unidade Básica de saúde, tem sido articulada uma atenção voltada para prevenção com veemência e, apesar disso, percebe-se uma diferencia no número de homens e mulheres cadastrados na ESF. Sendo o número de homens menor que o de mulheres e inexistente alguma ação voltada para a saúde do homem e o incentivo ao autocuidado.

Pretende-se, através do projeto de intervenção, identificar , abordar e dar resolutividade as dificuldades identificadas pelas pessoas do gênero masculino que não procuram a unidade de saúde de seu território. utilizaremos a roda de conversa como estratégia para reunir o máximo possível de homens em um dia predeterminado pela equipe e organizar rodas de conversa com grupo abordado, e que o hábito de trocar experiências entre os homens seja uma meta educativa e constante nas atividades da equipe multidisciplinar, sendo determinado um dia semanal para tal atividade educativa para que, de forma contínua, faça-se prevenção e promoção em saúde voltada para o autocuidado do homem

MOREIRA(2014) afirma que diante do reconhecimento desse cenário que se traduz como um importante problema de saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual tem o propósito de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado resguardando a integralidade da atenção, o

fortalecimento e qualificação da atenção primária para garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis a esta população.

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. MOREIRA(2014)

## **2.1 OBJETIVO GERAL**

Implementar uma ação educativa para identificar as dificuldades que os homens possuem para realizar o seu autocuidado e promover evento educativo para esclarecimento e troca experiências.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Organizar um trabalho conjunto com os Agentes Comunitários de saúde para divulgar uma reunião nas visitas domiciliares e com os próprios usuários para ajudarem a divulgação do evento.
- Identificar as dificuldades e os motivos para a não frequência na unidade de saúde;
- Traçar metas para uma abordagem em equipe voltada para a saúde do homem;
- Analisar as principais dificuldades citadas entre os homens;
- Informar aos homens da comunidade a fim de esclarecer conceitos subjetivos errôneos a respeito do processo saúde doença ;
- Acompanhar esses pacientes constantemente nas visitas domiciliares dos profissionais da Estratégia saúde da Família para assistir sua evolução clínica

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **3.1 O cuidado e sua relação com a saúde do homem**

Ao longo das duas décadas, os homens tem sido pauta de debate no campo da saúde coletiva, tanto em âmbito nacional e internacional. Isso se deve ao crescente aumento nos índices de morbimortalidade, a aparente relutância dos homens em procurar auxílio e suposta relação antagônica com cuidado, o que exige das políticas públicas de saúde uma nova postura e outro olhar (CARRARO, 2009).

Atualmente, a saúde dos homens tem se configura do como tema na produção de saúde o qual pode ser visto por meio de inúmeros artigos. Os achados bibliográficos trazem que na década de 70 os norte-americanos realizaram um estudo à cerca da saúde do homem, explorando conceitos relacionados a teoria e políticas feministas o qual pressupunham que a masculinidade produziria déficit de saúde ( SABO,2000 apud QUEIROZ 2011)

#### **3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**

A política nacional de atenção integral a saúde do homem foi instituída pelo MS, através da portaria GM/MS n 1944 em 27 de Agosto de 2009, visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de cuidados que resguardem a integralidade da ação. Sua criação foi antecedida por inúmeras discussões, que envolveu vários setores como atores sócias, entidades civis e



instituições. O resultado dessas discussões foi submetido à consulta Pública no sentido de aprovar maior participação da sociedade em geral. (GOMES et al. 2012).

Um dos principais objetivos desse plano é promover ações de saúde que venham contribuir para compreensão da realidade masculina dos mais diversos contextos sócio culturais e políticos econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

A Saúde da Família se constitui numa das principais estratégias para implantação da PNAISH no Brasil, uma vez que é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde vigente no País, agindo na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de uma maneira integral e contínua (MACIEL,2009)

### **3.3 O desafio da inclusão**

Incluir os homens na atenção primária a saúde é um desafio as políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças como questão associada ao homem.

O homem é visto como invulnerável, forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura do serviço de saúde, o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO 2007).

#### **4 METODOLOGIA**

É um projeto multiprofissional, a partir de um estudo analítico transversal, com a participação da equipe da UBS Santo Antônio do Prata, na qual ocorrerá plena divulgação do plano de intervenção visando a orientação sobre os agravos mais comuns a saúde do homem, com intuito de sensibilizar e conscientizar a mudança de atitude da população masculina, identificando a causa para a baixa procura ao serviço de saúde.

Ação esta será amplamente divulgada a população através de distribuição de folders, visitas domiciliares da equipe composta de ACS, enfermagem e médica.

Para desenvolver a proposta de intervenção foi primeiramente realizado um levantamento bibliográfico por meio de busca nos bancos de dados científicos.

A intervenção será desenvolvida em etapas detalhadas e especificadas de acordo com o cronograma deste projeto.

## 5 CRONOGRAMA

2016/2017				
Atividades	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Apresentação do trabalho para equipe Da UBS de Santo Antônio do Prata	X			
Divulgação através das visitas domiciliares pelos profissionais da ESF		X		
Oficina com ACS, enfermeiros e médicos		X		
Execução do Plano de Intervenção			X	
Análise dos resultados				X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho				X

**6 RECURSOS NECESSÁRIOS**

Ítem	Nome	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)	pagador
1	Folhas de papel A4	100	0,10	10,00	Profissionais
2	Cópias Xerox	100	0,20	20,00	profissionais
4	Canetas esferográficas ponta fina	6	2,00	12,00	profissionais
Total				<b>32,00</b>	

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, ao final deste Projeto de Intervenção alcançar não apenas o público masculino pouco freqüentador da ESF ,mesmo possuindo cadastro, como, também, abranger novos cadastro. Isso será de suma importância para identificação das dificuldades do homem em praticar o autocuidado e esclarecer dúvidas e sanar medos em relação à saúde relacionada ao público alvo.

Para essa população, o conhecimento à respeito de educação são de suma importância para que o paciente não seja apenas uma figura passiva em sua própria saúde, mas que seja participante ativo de seus tratamentos e/ou prevenções.

Tal mudança depende de toda uma equipe multiprofissional bem articulada para a mudança dessa realidade e promovendo cada vez mais a qualidade de vida na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, et al. **Desafio para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária de saúde**,2010.

ALVARENGA, Willyane Andrade et al . **Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 6, p. 929- 935,Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600007&lng=en&nrm=iso)>. acces on 16 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600007>.

CARRARO, S; RUSSO,J.A; FARO,L. **A política de atenção à saúde de homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do cargo masculino.** PHYSICS.2009

GOMES, R., NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO,F.C. **Porque os homens buscam menos o serviço de saúde do que as mulheres?** Caderno de saúde pública.Rio de Janeiro,U.23,Mar. 2007

GOMES,R. et al. **Sentidos atribuídos à políticas voltadas para a saúde do homem.**Ciência saúde coletiva, vol.17,n10,2011

MACIEL, P.S.O. **O homem na estratégia ssáude da família.**Dissertação(mestrado)-UFRN. Centro de ciências da saúde.departamento de enfermagem 2009

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 615-621, Dec. 2014  
Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=en&nrm=iso)>.access on 16 Aug. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>

PNAISH ( **políticas nacionais de atenção à saúde do homem**), princípios e diretrizes.2010.

QUEIROZ,G.R. **Características das políticas públicas relacionadas ao homem. Uma revisão literária.** 2011



