



LIDUVINA FRANCISCA VARONA GONZALEZ

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF BOM JESUS, MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS**

**PELOTAS/RS
Janeiro de 2018**



LIDUVINA FRANCISCA VARONA GONZALEZ

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF BOM JESUS, MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS**

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

Orientador(a): Daniel Victor Coriolano Serafim.

PELOTAS/RS
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	09
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	12
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
6	REFERÊNCIAS	16
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	17

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Liduvina Francisca Varona Gonzalez, tenho 48 anos de idade e de nacionalidade Cubana. Em Cuba me formei em Medicina no Instituto superior de Ciências Médicas de Camaguey, em 1992 e comece a trabalhar como médica de família em uma comunidade rural do interior da região central do país durante dois anos, posteriormente fez a Especialização em Medicina Geral Integral por um período de três anos culminando a especialização em 1998. Em 2003 cumpri missão internacionalista na República Bolivariana de Venezuela por três anos e ali conhece a realidade de um modelo diferente de saúde pública, onde reconheciam da desigualdade entre as pessoas e os grupos sócios e com a implantação do programa Bairro Adentro, superando sempre os obstáculos.

Em Agosto 2016, aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) e desde então, atuo na cidade de Pelotas, Estado Rio Grande do Sul há cerca de um ano. Estou na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus, a qual foi reinaugurada em 2015, com a categoria de “Rede Bem Cuidar”, com um novo conceito de atendimento em saúde. A Unidade está localizada na Rua Avenida Itália, n 350, cuja área de abrangência atende aos bairros de Bom Jesus e Jardim Europa.

O território adscrito à UBS corresponde a 17 micros áreas atendidas por quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, quase toda as áreas são consideradas de risco devido à presença de famílias de baixos recursos socioeconômicos, com ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios. O fornecimento do água é feito pelo SANEP, uma empresa da prefeitura. Há oito Igrejas, duas católicas e seis evangélicas, três escolas públicas, duas creches, ademais uma Rede Brasil Sul de Televisão RBS TV, é uma televisão interestadual Brasileira em Pelotas.

A população atendida pela equipe três onde atuo, abrange um total de 2.453 usuários, distribuídos em quatro micros áreas, segundo dados de dezembro de 2016 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), onde mais dos 30% da população é predominantemente idosa. É importante destacar que a área três tem micro áreas com vulnerabilidade social e pontos de tráfico de drogas, as ruas não se encontram com pavimentação, pois as chuvas que aqui são muito frequentes, ocasionam estancamentos de água e, por conseguinte aparição de doenças transmissíveis, infecções respiratórias frequente como Asma e Bronquites, micose cutâneas e parasitose intestinal.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), com múltiplos fatores de risco associados como

sobrepeso, obesidade, tabagismo, maus hábitos em a alimentação que predisõem ainda mais ao aumento da morbimortalidade por DCNT.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre Doenças Crônicas não transmissíveis e como prevenir sua principal complicação presente em nossa população predominantemente idosa, com o título: Vigilância e prevenção de Acidente Vascular Cerebral em usuários com doenças crônicas não transmissíveis (ANEXO 1).

O objetivo deste estudo é propor um projeto de intervenção, o qual é uma proposta de trabalhar com usuários com Doença Crônica não transmissível (DCNTs), Hipertensão e/ou Diabetes da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, município Pelotas, RS, que têm classificação de médio risco para doenças cerebrovasculares, buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes.

Neste estudo apresentamos um atendimento coletivo como uma alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica que sofrem com a dificuldade de acesso causado pela elevada demanda. Elegemos o grupo risco médio por ser este o grupo que melhor se beneficiaria desta abordagem. A equipe tem como principal objetivo vincular, atender e acompanhar os pacientes com DCNTs, além de estimular a modificação do estilo de vida, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade desta população.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Em meu trabalho como médica na Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, município Pelotas, RS, conforme mencionado na introdução deste trabalho, muitas são as doenças prevalentes relacionadas a hipertensão e diabetes, porém o número de idosos atendidos pela Unidade é uma realidade pautável, principalmente idosos com depressão.

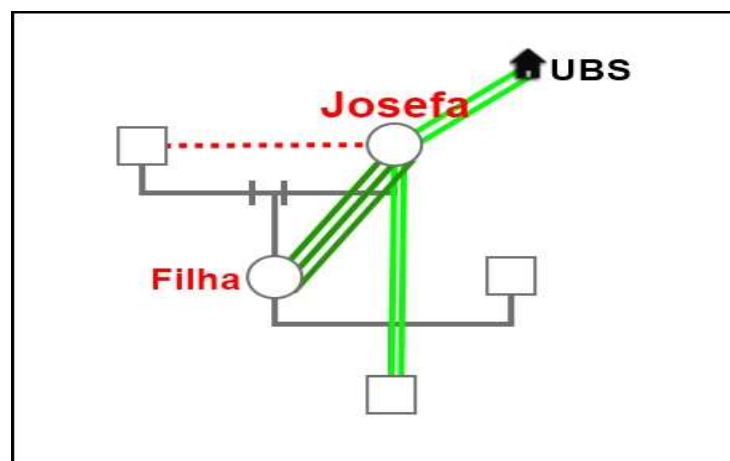
Dessa forma, este estudo de caso irá abordar a saúde e avaliação de um paciente idoso com transtorno depressivo e os cuidados da equipe para com ele, em desenvolvimento as minhas práticas e ao aprendizado gerado pelo curso de Especialização em saúde da família.

-Abordagem do Caso:

Josefa (nome fictício), 67 anos, analfabeta, reside com uma filha e neto em domicílio de 3 cômodos, é viúva. É hipertensa, portadora de transtorno depressivo maior há 8m. Faz uso de losartana 100mg/d, hidroclorotiazida 25 mg/d 2x/dia, AAS 100mg/d, fluoxetina 20mg/d, clonazepan 0,5mg/d.

Para melhor entender a situação familiar de dona Josefa, foi elaborado este genograma:

Figura 1 – Genograma de avaliação Josefa



Fonte: Próprio Autor

Segundo Wendt e Crepaldi (2010), a principal função do Genograma é organizar os dados referentes à família durante a fase de avaliação e acompanhar os processos de relacionamento e de triângulos relacionais no decorrer da terapia. O modo como o Genograma é feito, dispõe as informações da família graficamente de forma a oferecer uma visão compreensiva dos complexos padrões familiares.

Portanto, sua utilização é essencial na Unidade de Saúde no atendimento as famílias, como um todo, com o olhar holístico voltado para a pessoa e todas as coisas que a cercam e podem influenciar positiva e negativamente em seu tratamento.

- Avaliação rápida Multidimensional da Pessoa idosa

<p>Nutrição</p> <p>Nega perda de mais de 4 kg no último ano, sem razão específica. Peso atual: 67kg, Altura: 1,65 cm, IMC: 24,6;</p>
<p>Visão</p> <p>Refere dificuldade para atividades de vida diária devido a problemas visuais.</p> <p>Cartão de Jaeger: Olho Direito: 20/50 Olho Esquerdo 20/70;</p>
<p>Audição</p> <p>Teste do sussurro (Whisper)-</p> <p>Resposta a pergunta feita: Ovido Direito- SIM Ovido Esquerdo-Não (tem necessidade de repetição do que lhe é falado).</p> <p>Presença de cerume: OD: NÃO OE: SIM;</p>
<p>Incontinência</p> <p>Nega episódios de perda involuntária de urina;</p>
<p>Atividade Sexual</p> <p>Sexualmente inativa desde o falecimento do cônjuge;</p>
<p>Humor/ Depressão</p> <p>“A sra se sente triste ou desanimada frequentemente? NÃO”;</p>
<p>Cognição e memória</p> <p>Solicitado à paciente repetir o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro. Após 3 minutos foi solicitado a repetição tendo recordado de 2 dos 3 nomes. Seguindo a avaliação cognitiva, foi aplicado o MEE no qual realizou 23 pontos, acima da nota de corte sugerida (18 pontos- analfabeta). No teste da fluência verbal, foram mencionados 10 animais no curso de 1 min, abaixo, portanto, do valor do escore esperado (13 A 15).</p> <p>Resultado: resposta a memória satisfatória;</p>
<p>Função dos Membros Superiores</p> <p>Proximal: capaz de tocar a nuca com ambas as mãos; Distal: capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta – SEM ANORMALIDADES.</p>
<p>Função dos Membros Inferiores</p>

É capaz de: Levantar da cadeira: SIM, Caminhar 3,5m: SIM; Voltar e sentar: SIM – SEM ANORMALIDADES
Atividades Diárias “Sem auxílio, é capaz de: Sair da cama? SIM Vestir-se? SIM Preparar suas refeições? SIM Fazer compras? SIM.”
Domicílio Na residência não há escadas nem corrimão em banheiro. Identifica tapetes soltos;
Queda Um episódio no último ano;
Suporte social A filha é reportada como cuidadora única.

- Plano de Cuidados – Projeto Terapêutico Singular

O planejamento do cuidado à dona Josefa deve ser holístico, multiprofissional, levando em conta não somente o controle das morbidades evidenciadas (HAS, Transtorno Depressivo Maior) como também controle do ambiente e prevenção de incapacidades.

-Diagnóstico: HAS/Transtorno Depressivo.

- Conduta Inicial: Avaliação clínica trimestral, onde são realizadas orientações quanto dieta, atividade física, tomada correta de medicações, vigilância de níveis de PA e glicêmicos; solicitação de exames direcionados. Faz-se necessário também o trabalho da equipe NASF com nutricionista e educador físico no sentido auxiliar D. Josefa no que se refere às mudanças de estilo de vida.

-Problemas Identificados (ações e metas)

- **Diminuição de Acuidade Visual e Auditiva:** Corrigi-los implica em melhoria da funcionalidade da idosa, e prevenção de quedas. Nota-se redução da acuidade visual em ambos os olhos (Jaeger acima de 20/40) sendo necessária avaliação oftalmológica. Quanto a redução da acuidade auditiva, a remoção mecânica de cerume provavelmente já seria o suficiente, porém como não dispomos de insumos para isso na unidade, sendo feito encaminhamento à emergência clínica da cidade para realização do procedimento;

- **Humor/Cognição:** O transtorno depressivo maior, já manejado com medicação ansiolítica, pode justificar a discreta redução da cognição da paciente sugerido quando submetida ao teste de fluência verbal. Além do suporte medicamentoso, se faz necessário o psicológico atrás das sessões de terapia cognitivo comportamental. O grande impasse é o acesso a esse profissional pela rede que é bastante difícil;
- **Atividades diárias/ Avaliação de domicílio e de quedas:** Pelos instrumentos aplicados é possível perceber que D. Josefa goza de autonomia e boa capacidade para realização de suas atividades de vida diárias, necessitando de assistência funcional mínima. No que diz respeito à quedas, relata-se um evento, podendo este ser evitável através da educação da paciente e da cuidadora. Medidas como remoção de tapetes, presença de corrimão em pontos estratégicos (banheiros por exemplo), boa iluminação da residência, uso de sandálias que calcem todo o pé são atitudes simples que comprovadamente reduzem o risco de quedas e, conseqüentemente, dos desfechos desfavoráveis associados (fratura de colo de fêmur, por exemplo).

Ainda no plano terapêutico convém englobar a **avaliação da situação vacinal** da paciente sendo necessários a administração da influenza, anti-pneumocócica e reforço da dT;

Como D. Josefa, há na minha área um número expressivo de idosos, muitos deles frágeis, que demandam da equipe avaliação frequente, multidisciplinar e planejada. Tem sido planejado pela UBS a criação do grupo de idosos “*melhor idade*”, que consistirão em rodas de conversa semanais nas quais serão discutidos temas referentes à saúde do idoso através de rodas de conversas, atividades manuais e dinâmicas corporais.

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

Mediante o que foi mostrado na introdução desse portfólio, a UBS Bom Jesus costuma trabalhar a educação em saúde, a prevenção e a promoção de saúde através de palestras e rodas de conversa em grupos, dos quais enquanto médica de saúde da família, atendo ao grupo gestacional com orientações para o pré-natal.

Soares *et al.* (2007, p. 25), afirma que dentre os benefícios dessa modalidade de atendimento em grupo destacam-se: “maior otimização do trabalho com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do cliente no processo educativo e o envolvimento da equipe de profissionais com o cliente”.

Essas orientações pertencem ao nível 1 de prevenção, que é classificado como prevenção primária. A prevenção secundária tem como finalidade a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce. A prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. A prevenção quaternária visa evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico, associado a atos médicos desnecessários ou injustificados (ALMEIDA, 2005).

A disseminação do conhecimento e o ato de educar, em si só, têm um papel importante no cotidiano das práticas em saúde, atuam como facilitadores das ações de atenção e de promoção da saúde, como norteadores da prevenção e da redução dos danos, podendo interferir positivamente na realidade local e fortalecer o vínculo entre o profissional e a comunidade que ele assiste (SOUZA, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede (BRASIL, 2010).

Dessa forma, na Unidade Bom Jesus, o trabalho de Educação em saúde é feito com o grupo de gestantes cadastradas na unidade com a finalidade de acompanhar o pré-natal e o puerpério.

De acordo com o Ministério da Saúde, em seu manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso (2010):

Ao nascer, o bebê está preparado para descobrir a si mesmo, as pessoas e o mundo ao seu redor. Facilitar o contato imediato entre os pais e o recém-nascido, bem como a amamentação; comentar que o contato pele a pele transmite amor e segurança ao bebê: abraçar, aninhar, aconchegar, massagear seu corpo, olhar em seus olhos, falar com ele, tudo isso são maneiras de vincular-se ao bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança. O contato carinhoso entre os pais e o bebê é indispensável para o desenvolvimento do vínculo, especialmente quando se torna necessária a internação em UTI Neonatal. Na maternidade, tanto o alojamento conjunto quanto a aplicação do “Método Canguru” são ótimas oportunidades de promover os vínculos entre a família e o bebê (BRASIL, 2013, p.14).

Na ESF Bom Jesus, iniciamos as orientações em consultas de pré-natal e após, o acompanhamento em consultas de atendimento a criança ou em visitas domiciliares realizadas pela equipe.

Logo abaixo, está um modelo de convite utilizado pelos Agentes comunitários de saúde para convidar as gestantes e puérperas a participarem da educação em saúde no grupo de gestantes:

Figura 2 – Convite para gestantes e puérperas para educação em saúde



11/03/2017	18/03/2017	24/03/2017
Alimentação e nutrição Aleitamento Materno	Planejamento Familiar	Cuidados na Gestação Odontologia
Horário: 8h30min	Horário: 8h30min	Horário: 8h30min
Local: ESF	Local: ESF	Local: ESF
01/04/2017	08/04/2017	15/04/2017
Tipos de Parto Orientações de Puericultura	Puerpério O que trazer para a maternidade? Registro de nascimento	Cuidados com o Recém Nascido Visita ao Centro Obstétrico
Horário: 8h30min	Horário: 8h30min	Horário: 8h30min
Local: ESF	Local: ESF	Local: ESF

Fonte: Próprio autor

Assim, as gestantes são convidadas a participarem e comparecem nas datas estabelecidas para nossa reunião semanal e tirar todas as suas dúvidas relacionadas com a gravidez e a saúde do bebê.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente.

Deve-se garantir a continuidade de assistência à criança após a alta hospitalar por patologias agudas, por meio de comunicação com a equipe de saúde da família ou da unidade básica, para o seguimento do cuidado da criança que apresenta maior risco de morbimortalidade, principalmente no primeiro ano de vida.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

Segundo Andrade et al (2014), a visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra- unidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.

Portanto, através dessa estratégia é possível conhecer o ambiente familiar e as microáreas de moradia dos pacientes da UBS Bom Jesus, ampliando o nível de informações e reconhecimentos relativos ao autocuidado, ao uso dos serviços sociais, á ação política em saúde ou, ainda, como atitude complementar ás ações de vigilância em saúde.

Estou completamente de acordo que a Assistência Domiciliar é uma modalidade de atenção médica, que destina-se a responder as necessidades de saúde de uma parte da população.

A visita domiciliar em minha Equipe é feita nas quintas de tarde, sendo agendada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS), familiar ou pode ser também agendada pela médica quando tem interesse em visitar um paciente doente que precisa acompanhamento.

- Caso de uma visita domiciliar:

Paciente feminina CFS, de 59 anos de idade, com antecedentes patológicos de Hipertensão Arterial(HAS), obesidade grau I, com tratamento de Captopril (25mg) 1cp cada 8 horas e Hidroclorotiazida (25mg) 1 cp ao dia. Foi indicada alta hospitalar do Hospital com 15 dias, com o diagnóstico de AVC Hemorrágico pelo que tem como sequela hemiplegia do lado esquerdo, a qual provoca dificuldade para caminhar e fazer atividades simples com o membro superior esquerdo.

A filha mais nova da paciente informa do caso a ACS com o objetivo de solicitar Visita Domiciliar da Equipe, sendo agendada para avaliar a semana seguinte em Visita Domiciliar com a médica, enfermeira e ACS. Antes de visitar a paciente no domicilio, é discutido o caso entre a ACS, Médica e enfermeira, além de revisar o prontuário.

- Dia da visita domiciliar:

Chegamos a casa da paciente CFS e a mesma estava sentada em uma cadeira, respondeu ao interrogatório com dificuldade para falar, bem orientada em espaço, pessoa e não em tempo. Nesse momento a filha mais nova estava cuidando dela, com ajuda do marido da paciente. Seu marido falou que a paciente estava tomando os medicamentos adequadamente e a pressão estava sempre dentro dos limites normais.

Realizou-se Exame Físico, sendo positivo o Exame Neurológico: Equilíbrio e face: Assimetria do facial inferior, comissura labial do lado esquerdo é mais baixa. Com queda do ombro do lado esquerdo, membro inferior direito em extensão com rotação externa no pé. marcha com dificuldade, precisando apoio para caminhar. Diminuição da força muscular nos membros superior e inferior esquerdo.

Exames Laboratoriais feitos no Hospital estavam bem, exceto :Tomografia que informa (Foco hemorrágico parieto-occipital do lado direito).

PROBLEMAS:

- HAS (agora controlada);
- Hemiplegia Esquerda por ACV Hemorrágico;
- Disartria.

PLANOS:

- 1.Dieta saudável: Comer frutas, verduras, diminuição de sal nas comidas, evitar alimentos com gorduras e fritos.
- 2.Cumprir tratamento farmacológico.
- 3.Encaminhar a consulta de Fisioterapia e Fonoaudiologia.
- 4.Planejar Visita Domiciliar com a Nutricionista do NASF.
- 5.Avaliação de Pressão Arterial por parte do técnico de enfermagem a paciente no domicílio.
- 6.Planejar visita com a Psicologista do NASF.
- 7.Informar a família sobre a importância de apoiar a paciente na reabilitação e recuperação.
- 8.Visita por parte da ACS a paciente semanalmente.
- 9.Visita Domiciliar planejada mensalmente pela médica e enfermeira para avaliar evolução da paciente.

A paciente cumpre com os critérios de inclusão na Assistência Domiciliar já que: Apresenta incapacidades funcionais que impossibilita sua locomoção, dependência para realizar atividades diárias e chegar a unidade de saúde, presença do cuidador, moradora da área de abrangência, família com interesse de Visita Domiciliar.

Na visita domiciliar foram identificadas as condições socioeconômicas da família, estado em que mora e estrutura do domicílio, sendo as Visitas Domiciliares muito importantes para a evolução do estado de saúde da paciente, a integração da família no processo de recuperação, além de permitir o vínculo do médico e os outros profissionais da ESF e do NASF com o núcleo familiar.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A conclusão deste portfólio foi essencial para o desenvolvimento da minha profissão, pois proporcionou um crescimento pessoal e profissional, e com a realização do curso de Especialização em Saúde da Família, tudo foi possível de ser desenvolvido, no qual as aulas teóricas contribuíram para a implementação das atividades em campo, na prática, na minha atuação enquanto médica da Unidade de Saúde Bom Jesus.

Como autoavaliação do meu desenvolvimento profissional, posso afirmar que teve efeitos positivos, principalmente em relação a aprendizagem obtida durante o curso e a abordagem da população atendida pela Unidade, tendo em vista que o acolhimento e o contato direto com os pacientes na comunidade foi muito proveitoso.

No eixo de saúde coletiva, eixo I, pude aprender sobre a importância dos sistemas de informação em saúde nas Unidades, nos quais os dados que mais geram informação são os dados da atenção básica, utilizados pelo SIAB. Este sistema é parte necessária da estratégia de ESF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados.

No eixo II, dos casos clínicos, o estudo das principais doenças que acometem a população atendida pela Unidade foi significativo para conhecer melhor o tratamento de cada e aproveitar para usar o método centrado na pessoa, levando em consideração o ambiente em que vive.

Portanto, este portfólio foi importante para mudar a visão de Atenção Primária em Saúde que tínhamos no começo do curso e agora está melhorada, diante das práticas exercidas e dos resultados positivos alcançados. Trabalhamos utilizando essas informações para planejar as ações de acordo com a situação de saúde da população atendida pela ESF.

Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica devem conhecer seu território a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe.

6 REFERENCIAS

ALMEIDA, L. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Prevenção em Saúde**, VOL. 23, N.o 1 — JANEIRO/JUNHO 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 02. p.147-153, ago. 2005.

WENDT, N. C; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(2), 302-310, 2010.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

LIDUVINA FRANCISCA VARONA GONZALEZ

Vigilância e prevenção de Acidente Vascular Cerebral em usuários com doenças crônicas não transmissíveis

Porto Alegre

2017

RESUMO

Em nossa equipe são constantes os atendimentos a pacientes com descompensados agudos dos níveis de pressão arterial e glicose elevada, que sobrecarregam a demanda espontânea. A adesão dos usuários as mudanças de estilo de vida e o desconhecimento dos fatores de risco são evidentes durante as consultas. O objetivo deste estudo é propor um projeto de intervenção, o qual é uma proposta de trabalhar com usuários com Doença Crônica não transmissível (DCNTs), Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus, município Pelotas/RS, que têm classificação de médio risco para doenças cerebrovasculares, buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes. Neste estudo apresentamos um atendimento coletivo como uma alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica que sofrem com a dificuldade de acesso causado pela elevada demanda. Elegemos o grupo de risco médio por ser este o grupo que melhor se beneficiaria desta abordagem. A equipe tem como principal objetivo vincular, atender e acompanhar os pacientes com DCNTs, além de estimular a modificação do estilo de vida como: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio e do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse e abandono do tabagismo, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade desta população.

PALAVRAS-CHAVES: Doença Crônica, Atendimento Coletivo, Estrato do Risco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	0
2. OBJETIVOS.....	2
2.1 Objetivo geral.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
3. REVISÃO DE LITERATURA	3
3.1 Doenças Crônicas	3
3.2 Estratificação do risco	5
3.3 Atendimento Coletivo	7
4. METODOLOGIA	9
5. CRONOGRAMA	10
6. RECURSOS NECESSARIOS.....	12
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	13
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
9. ANEXOS	15
9.1 ANEXOS 1.....	15
9.2 ANEXO 2	16
9.3 ANEXO 3	17
9.4 ANEXO 4.....	18

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida, de longa duração, se caracterizam por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (WHO, 2005).

Processa-se, no Brasil, a transição epidemiológica, demográfica e nutricional, aumentando a carga de DCNT, a população de idosos e o acúmulo de pessoas obesas e com sobrepeso, bem como, com outros fatores de risco que predispõem ainda mais ao aumento da morbimortalidade por DCNT. Torna-se urgente a articulação de políticas e programas voltados para o enfrentamento desta realidade, bem como aprofundar sobre o cuidado que tem sido dispensado aos portadores de DCNT nos serviços de saúde, (Malta et al., 2006). O aumento das DCNTs afeta todos os países, ricos ou pobres, todas as classes sociais e sexos. Estima-se que 35 milhões de mortes ocorrem anualmente, levando a OMS a estabelecer metas para sua redução. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005). Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram à causa de aproximadamente 72,6% das mortes (SIM, 2015).

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção a Saúde das doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. No Brasil o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais

de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades.

Sendo a principal complicação do paciente com doença crônica o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença que mais mata os brasileiros, sendo a principal causa de incapacidade no mundo. Aproximadamente 70% das pessoas não retornam ao trabalho após um AVC devido às sequelas e 50% ficam dependentes de outras pessoas. Apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVC pode ocorrer em qualquer idade. O AVC vem crescendo cada vez mais entre os jovens, ocorrendo em 10% de pacientes com menos de 55 anos e a Organização Mundial de AVC (World Troque Organizativo) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá um AVC ao longo de sua vida (World Health Organizativo - WHO, 2005).

Em Pelotas/RS, o terceiro maior município do Estado Rio Grande do Sul, tem uma população predominantemente idosa, com um alto índice de usuários com doenças crônicas, sendo uma das principais complicações as cerebrovasculares e cardiovasculares.

Reportando para a minha realidade profissional, identifico na área 323, na qual atuo na Equipe de Estratégia da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Boa Jesus, usuários com alto índice de DCNTs, que apresentaram como principal complicação AVC Isquêmicos. O AVC é uma doença com sequelas incapacitante permanente para quem sofre essa complicação, o qual me motivou a fazer este trabalho. Deste modo, observa-se que os pacientes com doenças crônicas com complicações cerebrovasculares são um problema de saúde pública, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Obviamente as estratégias de saúde são necessárias para prever e controlar estas doenças, pelo qual a implementação de ações programáticas adquire importância relevante em qualquer contexto da APS melhorando assim a qualidade de vida da população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar usuários, da UBS Bom Jesus área 323, com DCNT e promover estratégias de promoção da saúde na prevenção e no cuidado de usuários com acidente vascular cerebral.

2.2 Objetivos específicos.

- 1- Descrever o perfil dos usuários com DCNT;
- 2- Conhecer a prevalência dos principais indicadores e os fatores de risco à saúde dos usuários com DCNT;
- 3- Identificar os pacientes já estratificados com estrato de risco 1 e 2 com DCNT, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, utilizando, o modelo da pirâmide de riscos (MPR);
- 4- Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com DCNT;
- 5- Avaliar o conhecimento dos usuários com DCNT sobre a percepção ao risco de sofrer um AVC;
- 6- Reduzir os riscos de agravos cerebrovasculares, sensibilizando os usuários com DCNT da necessidade de modificar hábitos de vida para melhorar sua saúde;
- 7- Melhorar a adesão dos usuários com DCNT aos programas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doenças Crônicas

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leveduras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (OMS, 2003).

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (OMS, 2003).

Sendo a principal complicação do paciente com doença crônica o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a doença que mais mata os brasileiros, sendo a principal causa de incapacidade no mundo. Aproximadamente 70% das pessoas não retornam ao trabalho após um AVC devido às sequelas e 50% ficam dependentes de outras pessoas. Apesar de atingir com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, o AVC pode ocorrer em qualquer idade. O AVC vem crescendo cada vez mais entre os jovens, ocorrendo em 10% de pacientes com menor de 55 anos e a Organização Mundial de AVC (World Stroke Organization) prevê que uma a cada seis pessoas no mundo terá um AVC ao longo de sua vida (World Health Organization-WHO, 2015).

Muitos fatores de risco contribuem o aparecimento do AVC, alguns fatores não podem ser modificados, como a idade, a raça, a constituição genética e o sexo. Outros fatores, entretanto podem ser diagnosticados e tratados, tais como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, as doenças cardíacas, a enxaqueca, o uso de anticoncepcionais hormonais, a ingestão

de bebidas alcoólicas, o fumo, o sedentarismo (falta de atividade física) e a obesidade. A adequação dos hábitos de vida diária e primordial para a prevenção do AVC (BRASIL, 2006).

O AVC é uma doença com sequelas incapacitante para quem sofre essa complicação, o qual me motivou a fazer este trabalho. Deste modo, observa-se que os pacientes com doença crônica com complicações cerebrovasculares são um problema de saúde pública, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e morte por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (World Health Organization-WHO, 2015).

3.2 Estratificação do risco

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se auto cuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se auto cuidarem, são acompanhados pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixos e médios riscos e que apresentam auto capacidade para se manter controlada, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado (Mendes, 2012).

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela ESF, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares (Mendes, 2012).

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão baseada na população. A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada (Mendes, 2012).

Quando uma população não é estratificada por riscos podem-se subfretar cuidados necessários os portadores de maiores riscos e/ou sobre ofertar cuidados desnecessários os portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção infetava e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde (Mendes, 2012).

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde (286, 338, 356, 362); impactos positivos nos resultados clínicos (363, 364, 365, 366); e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (43, 367, 368, 369, 370) (Mendes, 2012).

Existem inúmeras classificações, o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP). Segundo Mendes a aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso (Mendes, 2012).

O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades (Mendes, 2012).

No nível um está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se auto cuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica (Mendes, 2012).

No nível dois, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco bi psicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde (Mendes, 2012).

Finalmente, **no nível três** estão a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde (Mendes, 2012).

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizado na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofertem, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas (Mendes, 2012).

3.3 Atendimento Coletivo

Além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude (ALMEIDA; SOARES, 2010; BRASIL, 2010c).

Os grupos podem ser organizados de diversas formas, de acordo com as necessidades da população, respeitando as técnicas para o seu manejo e a sua organização. As dimensões a serem abordadas devem ser adequadas ao objetivo proposto e ao perfil dos usuários. Devem ser privilegiadas abordagens criativas que envolvam a participação coletiva (ALMEIDA; SOARES, 2010; BRASIL, 2010c).

A organização dos grupos possibilita integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo. Isso gera sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, fortalecendo a aliança terapêutica (ALMEIDA; SOARES, 2010; BRASIL, 2010c).

O trabalho em grupo também possibilita:

- Ajudar os participantes a elaborar suas vivências afetivas, sentimentos e convívio com suas condições de saúde, reconhecendo e/ou ampliando suas próprias potencialidades.
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde.
- Buscar maior adesão ao tratamento.
- Fortalecer a autoestima dos participantes.

- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.
- Criar integração na comunidade.
- Favorecer a criação de redes de cuidado.
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa.
- Complementar e qualificar as atividades assistenciais.

Outro aspecto importante nos grupos é que o plano de cuidado também é individual, ou seja, para além do convívio coletivo e da mesma atividade educativa, cada integrante tem seus próprios objetivos e metas. Isso é bem importante a ser ressaltado, já que muda o processo dos grupos para o autocuidado (Saturem e Bianchini, 2012).

Planejamento dos grupos

Por constituir-se em uma dimensão do cuidado, a criação de um grupo deve inserir-se no planejamento das equipes de Saúde, articulando-se ao conjunto de ações desenvolvidas. As ações de planejamento envolvem:

- Elaborar um projeto (simples, objetivo e claro) que contemple uma breve justificativa contextualizada no processo de trabalho da equipe e a qual problema/necessidade pretende se responder com a atividade.
- Definir objetivos, metodologia e mecanismos de avaliação do processo e resultados.
- Estabelecer estratégias de divulgação da atividade e formas de convidar as pessoas a participar.
- Propor o público a quem se destina a atividade.
- Prever horário oportuno para a participação da população convidada.
- Definir os responsáveis pela coordenação do grupo e do papel dos demais integrantes da equipe de Saúde (se for o caso).
- Prever agenda dos encontros e das reuniões dos coordenadores (para planejar e avaliar).
- Elaborar instrumentos para registrar as reuniões do grupo e dos coordenadores.
- Organizar o tempo dos coordenadores do grupo para viabilizar o trabalho.
- Prever local adequado para a realização do grupo (que seja acolhedor, confortável e garanta o grau de sigilo necessário para a realização de determinado grupo).
- Providenciar, com antecedência, os recursos materiais necessários (D'IVERNOIS; GAGNAYRE, 2004).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos estudar os pacientes acima de 40 anos com diagnóstico de alguma Doença Crônica como Hipertensão e/ou Diabetes que têm classificação de médio risco para doenças cerebrovasculares, buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes.

Utilizando, o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP) serão identificados os pacientes já estratificados com estrato de risco 1 e 2 com doenças crônicas (DC) como Hipertensão e/ou Diabetes segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades.

Os pacientes com DC cadastrado em área três serão divididos em quatro grupos de 30 pacientes cada um, em cada grupo se deverá avaliar o prontuário de 30 pacientes, e convidá-los para participarem em reunião de grupo onde realizaremos uma Consulta Coletiva, cada grupo de 30 pacientes tenderá uma consulta ao mês, com retorno a nova atividade o mês seguinte com o mesmo grupo de pacientes.

Na reunião de grupo onde realizaremos uma consulta coletiva participassem, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 Téc. /Aux. Enfermagem, quatro Agente Comunitário de Saúde (ACS), 1 Nutricionista, 1 Professor de Desporto, 1 Psicólogo e/ou Assistente Social.

Os encontros serão realizados todas as semanas com um dia marcado em agenda da Equipe Estratégia de Saúde, as quartas-feiras de tarde com 2 horas por mês para cada grupo de paciente, a equipe ajuda os participantes a elaborar suas vivências afetivas, sentimentos e convívio com suas condições de saúde, reconhecendo e/ou ampliando suas próprias potencialidades, a través de palestras educativas deverão ser esclarecidas questões a cerca das doenças crônicas, Outras questões como a renovação das receitas também poderá ser realizada no final do atendimento conjunto pelo médico em sala específica.

Em cada encontro além de abordagem educativo deverão ser realizado cuidado clínico como verificação pressão arterial, peso, altura, IMC; solicitação de Glicemia de Jejum e Hemoglobina Glicosilada, Eletrocardiograma com uma frequência cada 3 meses para cada paciente, este exame se realiza em posto de saúde. Ao terminar o encontro com os pacientes o equipe tem 2 horas para avaliação do encontro e planejamento do encontro da próxima semana, definindo papel e atribuições para cada um dos participantes.

5. CRONOGRAMA

Procedimento	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
1-Busca das informações no sistema de informação dos usuários com DCNTs da área três.	+						
2-Apresentação da proposta do projeto a equipe de saúde.	+						
3-Capacitação a equipe para realizá-la estratificação de risco, utilizando o modelo da pirâmide de risco (MPR).	+	+	+				
4-Levantamento e entrega dos dados dos usuários elegíveis com critério inclusão segundo (MPR).		+	+				
5-Divulgar á comunidade sobre a existência da consulta coletiva para grupo usuários portadores DCNTs.		+	+	+	+	+	+
6-Entrega de convites aos usuários elegíveis pela ACS.			+				
7-Avaliar os pacientes elegíveis pela ESF.			+	+	+	+	+
8-Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e			+	+	+	+	+

á importância do acompanhamento regular pela ESF.							
9-Registrar e monitorar indicadores pela ESF.			+	+	+	+	+
10-Avaliação Eletrocardiograma.			+			+	
11-Avaliar processo do projeto pela ESF em reuniões de equipe.			+	+	+	+	+

6. RECURSOS NECESSARIOS

- Profissional Médico da equipe de ESF;
- Enfermeira da equipe de ESF;
- Téc./Aux. Enfermagem da equipe de ESF;
- Quatro ACS da equipe de ESF;
- Nutricionista;
- Professor de Desporto;
- Psicólogo e/ou Assistente Social;
- Listas com pacientes estratificados nível 1 e 2 segundo MPR;
- Sala para realização de grupos
- Balança;
- Esfigmomanometro;
- Aparelho para medir glicose;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Requisição para Eletrocardiograma;
- Equipamento de multimídia;
- Flipchart ou quadro branco;
- Caneta, lápis, caneta (para o flipchart ou quadro);
- Receituários;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;
- Panfletos e cartazes educativos.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Viabilizar atendimento a um grupo específico, com risco médio para eventos cerebrovasculares com a finalidade de diminuir a morbimortalidade por essa complicação;
- Aumentar os níveis de conhecimentos dos pacientes com DCNTs e seus fatores de risco associados;
- Compartilhamento de vivências e acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente;
- Buscar adesão ao tratamento, com a modificação da estratificação de risco a menor grau;
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando a modificação dos hábitos de vida como: alimentação adequada para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse e abandono do tabagismo, com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco.

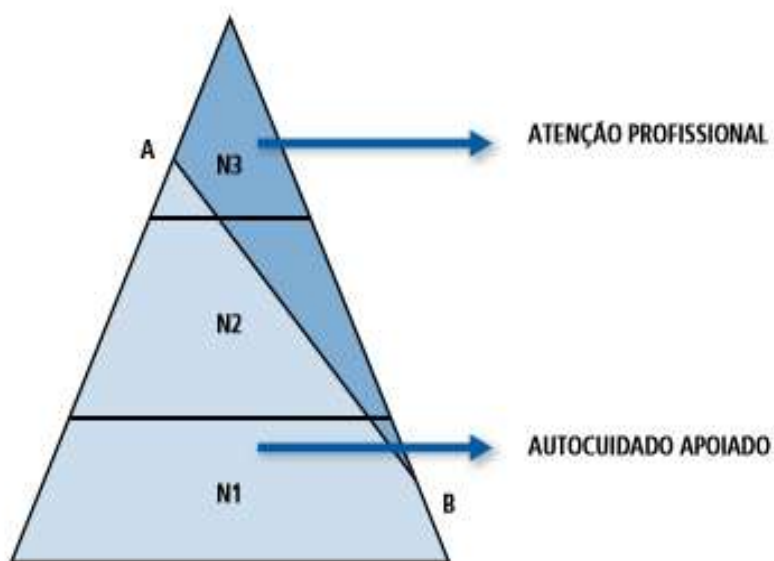
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- WHO. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: OMS; 2005.
- MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; SIM, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica:/*. Brasília. Ministério da Saúde. 2014, (Caderno de Atenção Básica, n.35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica:/*. Brasília. Ministério da Saúde. 2013.160p, (Caderno de Atenção Básica, n.36).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, OMS, 2003.
- WHO. World Health Organization. *Análise epidemiológico do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. AVC... Global de saúde e têm gerado elevado de morte.....de saúde, (DATASUS), do Ministério da saúde , WHO, 2015.*
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: (Organização Pan-Americana da Saúde), 2012.
- ALMEIDA; SOARES, 2010. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde,... Atendimento Coletivo... fortalecimento a aliança terapêutica, , Ministério da saúde, Brasil, 2010.*
- Stürmer, Pablo de Lannoy; Bianchini, Itamar. *A atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas*. Brasil, 2012.
- D'IVERNOIS; GANAYRE, *Necessidades abordadas no grupo devem ser as das pessoas com condição crônica...Planejamento dos grupos*. Brasil, 2004.

9. ANEXOS

9.1 ANEXOS 1

MODELO DE PIRÂMIDE DE RISCO



N1: Nível 1;
N2: Nível 2;
N3: Nível 3.
Fonte: Brock ^[149]

Nível 1: AUTOCUIDADO APOIADO

Nível 2: GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAUDE

Nível 3: GESTÃO DE CASO

9.3 ANEXO 3

FICHA ESPELHO. Programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos

Data do ingresso no programa: _/~/__ Numero do prontuário: _____

Cartão SUS: _____ Nome completo: _____

Data Nascimento: _/~/__ Endereço _____

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAS

Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Glicemia em jejum						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol Total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina sérica						
Potássio sérico						
EQU						
Proteinuria em 24						
Hemograma completo: Hemoglobina Hematócrito Plaquetas						
ECG						

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Posologia						
Hidroclorotiazida 25 mg						
Captopril 25 mg						
Enalapril 5 mg						
Enalapril 10 mg						
Losartana 50 mg						
Propranolol 40 mg						
Atenolol 25 mg						
Atenolol 50 mg						
Anlodipino 5 mg						
Anlodipino 10 mg						
Metformina 500 mg						
Metformina 850 mg						
Glibenclamida 5 mg						
Insulina NPH						
Insulina regular						

9.4 ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
_____ Assinatura do declarante.