

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



**Mercedes Almeida Rodriguez**

**UM OLHAR COM UMA VISÃO À MAIS NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO  
DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Cruz Alta, Rio Grande do Sul.**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



**Mercedes Almeida Rodriguez**

**UM OLHAR COM UMA VISÃO À MAIS NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO  
DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de  
Especialização em Saúde da Família da Universidade  
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Orientador: Prof. Fernando Ritter

**Cruz Alta, Rio Grande do Sul.**

**2018**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	.....	4
2. RELATO DE CASO	.....	6
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.	.....	12
4. VISITA DOMICILIAR	.....	15
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	.....	18
6. REFERÊNCIAS	.....	21
7. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO	.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mercedes Almeida Rodriguez, sou natural da cidade de Santiago de Cuba, Cuba. Eu tenho 48 anos de idade, e 25 anos de experiência laboral, me graduei na Universidade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba no ano 1992, atuei como médica da saúde da família durante todo este período, além disso, obtive o título de Especialista no Medicina Geral Integral, fui professora da Universidade, tenho um mestrado em Medicina Bioenergética e metodologa de Post-grado e investigação. Trabalhe durante três anos (2003-2006) como médica e professora no Programa Bairro Adentro na República Bolivariana de Venezuela.

Em Agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil, atuando na Unidade Básica de Saúde Dr. Geraldo Peixoto de Miranda, Estratégia de Saúde da Família (ESF) XVI Lizabel, localizada na Rua Assis Brasil 569, Bairro Vila Lizabel, no município de Cruz Alta, no Rio Grande do Sul. Esta unidade básica de saúde tem como características pessoas idosas, hipertensas, diabéticas e sedentárias. Mas, esta sendo trabalhado grupos de atividades físicas com objetivo de diminuir os riscos desta situação.

A unidade básica de saúde conta com as estruturas comunitárias dentro de sua área de abrangência como rede de apoio (escola municipal Ana Ribeiro que acolhe criança de 0-4 anos de idade, onde as crianças permanecem desde as 8,00 as 17,30) e recebem atendimento da equipe de multiprofissionais, entre eles Médica, Enfermagem, Técnica de enfermeira, A.C.S. e outros. Também conta com uma escola de ensino fundamental e médio onde e realizado o programa de saúde na escola entre eles prevenção das DST-s, tabagismo, imunizações, escovação correta pela odontologia. Conta também com um centro comunitário onde e realizado as atividades físicas aos grupos, possui uma igreja católica atuante para comunidade.

Abrangência territorial da unidade básica de saúde é de 2789 pessoas, prevalecendo como doenças mais atendidas a hipertensão. A área de profissionais que se destacam dentro da unidade básica de saúde Medicina, enfermagem e os A. C. S. que conhecem seu território e suas necessidades básicas diárias levando ate unidade de saúde para resolução em equipe.

O Projeto de intervenção na ESF foi sobre Hipertensão Arterial com o título “Hipertensão Arterial identificando e prevenindo um inimigo silencioso: projeto de intervenção na ESF XVI Lizabel, no município de Cruz Alta/RS” (ANEXO 1). Este projeto foi direcionado para os adultos que apresentam fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial, melhorar os conhecimentos, modificar hábitos destas pessoas com fator de risco; reduzir os riscos modificáveis e melhorar qualidade de vida e assim evitar desenvolver as enfermidades crônicas. A escolha desta temática foi pela elevada prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis sobre tudo a Hipertensão Arterial e o elevado número de pessoas com fatores de riscos para desenvolver esta doença.

## **2. RELATO DE CASO**

CASO CLÍNICO: **ESF XVI LIZABEL**

### **ANAMNESE**

#### **Identificação:**

Nome: L.I.S

Idade: 46 anos

Sexo: Feminino

Naturalidade: Cruz Alta

Residência Atual: Cruz Alta

Escolaridade: Técnica enfermagem

Profissão atual: Cuidadora

Estado civil: Solteira

Religião: Católica

Queixa principal: Dor de cabeça

#### **HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:**

1<sup>a</sup> Consulta Médica (16 de Novembro de 2016)

Paciente relata dor de cabeça forte e sobre tudo durante as noite que as vezes a dor não permite conciliar o sono, refere muito cansaço, depressiva, chora com facilidade, não tem vontade de fazer nada.

#### **Interrogatório sintomatológico**

Sintomas gerais: cansaço fácil, mialgias, palidez cutâneo mucosa.

Cabeça e pescoço: dor de cabeça na região frontal, noturna.

Olhos: Nega sintomas

Orelha: as vezes zumbidos e vertigem

Nariz: Nega sintomas

Aparelho respiratório: Nega tosse, falta de ar

Aparelho circulatório: Palpitações

Aparelho Gastro- intestinal: Náuseas

Aparelho Gênitó- Urinário: Nega sintomas

Sistema Nervoso: cefaleia, tontura, vertigem, insônia durante a noite e sonolência durante o dia.

Psiquismo: ideias compulsivas e depressão

Sistema Locomotor: Câimbras, mialgias.

### **Antecedentes pessoais**

#### **Fisiológicos**

Nascida de parto normal é terceira filha de 3 filhas.

Telarca: 11 anos

Menarca: 12 anos

Sexarca: 17 anos

Historia Obstétrica: G2 P2 (C2), A0

#### **Patológicos:**

Doença da infância: Varicela, Sarampo

Transtorno de Ansiedade Generalizado

Hipertensão Arterial, Obesidade, Diabetes Mellitus tipo II, Mioma Uterino

Antecedente Cirúrgico: 2 cesáreas por pré-eclâmpsia grave

Alergia medicamentosa: Metoclopramida

Medicamentos em uso: Fluoxetina 20 mg 3 comprimidos ao dia, Atenolol 50 mg 1 comprimido por dia, Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido pela manhã

Serazett 1 comprimido ao dia. Sedrilax 1 comprimido de 8/8 horas e Diazepam 10 mg 1 comprimido a noite

### **Antecedentes Familiares**

Pai desconhecido

Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II;

1ra irmã: Obesidade

2da Irmã: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus não insulino dependente e Obesidade.

1er filho morreu por hipóxia severa ao nascer.

2da Filha viva: Asma Mista.

### **Condições de vida:**

Alimentação: Predominantemente carboidrato, nada de frutas nem verduras.

Habitação: Tijolo com revestimento, Teto madeira, brasilite (mista), 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, pátio.

Animais: 5 cachorros.

Mora com sua filha de 12 anos (adolescente), estuda em escola estadual cursando o ensino fundamental

Historia ocupacional: Cuidadora de idosos há 10 anos.

Atividades físicas: Sedentária

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo.

Condições sócias económicas: A renda familiar é de um salário mínimo

Vida conjugal: Separada sem conflito familiar.

## **EXAME FÍSICO**

### **Somatoscopia:**

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo, espaço, face depressiva, fala e linguagem típico, biótipo endomorf, atitude voluntária, mucosas hipocoradas e úmidas, acianótica, hidratada afebril ao toque.

Sinais vitais: Temperatura: 36,2° C, PA: 150/100 mm Hg, pulso: 102 bpm. FR: 18`  
HTG: 124

Medidas antropométricas: Peso: 84 Kg, Altura: 1,63 cm

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 31,6 Obesa classe I

Cabeça e pescoço: Simétrico, em forma esférica e rosto largo sem deformidades aparentes, ausência de linfonodos, tireoide de consistência e tamanho preservados.

Tórax:

Inspeção: Tórax típico simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação: Expansibilidade normal, frêmito tóraco-vocal sem alterações.

Percussão: Sem alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos agregados.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: Globuloso, presença de cicatriz cirúrgica de cesariana (infra umbilical centralizada), ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Palpação: Não doloroso, com ausência de visceromegalias e/ou massa tumoral.

Percussão: Timpânico.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados. Pele seca e áspera.

Sistema Neurológico: Apresenta sensibilidade térmica ao frio.

**Hipótese diagnóstica:**

Hipertensão arterial descontrolada, Diabetes Mellitus não insulino dependente compensada. Obesidade. Possível hipotireoidismo.

**Conduta:**

Oriento quanto a importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV para efetividade do tratamento, como manter uma dieta equilibrada (adequada).

Realizar exercícios físicos.

Encaminhado para Nutricionista.

Captopril 25 mg 1 comp de 8/8 horas.

Atenolol 50 mg 1 comprimido por dia.

Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido pela manhã.

Serazett 1 comprimido ao dia.

Sedrilax 1 comprimido de 8/8 horas se dor.

Diazepam 10 mg 1 comprimido a noite.

Suspender Fluoxetina

Indico Exames: Hemograma Completo, Glicose, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Acido úrico, Creatinina sérica, Ureia, EQU, TSH, T 4- tiroxina livre.

Verificar PA, controle glicêmico e do peso.

**EVOLUÇÃO:**

No dia 23 de Novembro de 2016 a paciente vem à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno. Os dados da triagem: PA: 148/100 mm Hg, Peso: 83,8 Kg. HGT: 102.

2da Consulta (Dia 20/12/16)

A paciente retorna para mostrar exames laboratoriais e referendo continua com a pressão alta e dor de cabeça, mais continua com cansaço fácil, fraqueza, e sem vontade de fazer as coisas.

Controle de peso, PA e controle glicêmico (CG)

Data	Controle de peso (Kg)	Controle de PA (mm Hg)	Controle Glicêmico
30/11/16	63,8	150/109	100
07/12/16	63,2	146/100	98
14/12/16	63,0	144/100	96

Hoje com Peso de 63 Kg, PA: 148/100 mm Hg e HGT: 96

Exames: Hemoglobina: 131 g/l

Hematócrito: 38,9 %

Glicose: 97 mg/dl

Colesterol Total: 146,0 mg/dl, HDL: 43 mg/dl

Triglicerídeos: 155 mg/dl

Acido Úrico: 6,30mg/dl

Creatinina: 0,98 mg/dl

Estimativa do RFG: 65ml/ min/1,73m<sup>2</sup>

Ureia: 37,0 mg/dl

EQU: Normal

TSH: 12,658 uUI/ml

T4- tiroxina livre: 1,08ng/dl

Conduta: Trocar Captopril por Losartana 1 comprimido de 50 mg 12/12 horas e Levotiroxina 100 ug diário em jejum.

Continuar com as medidas gerais e retornar dentro de 2 meses.

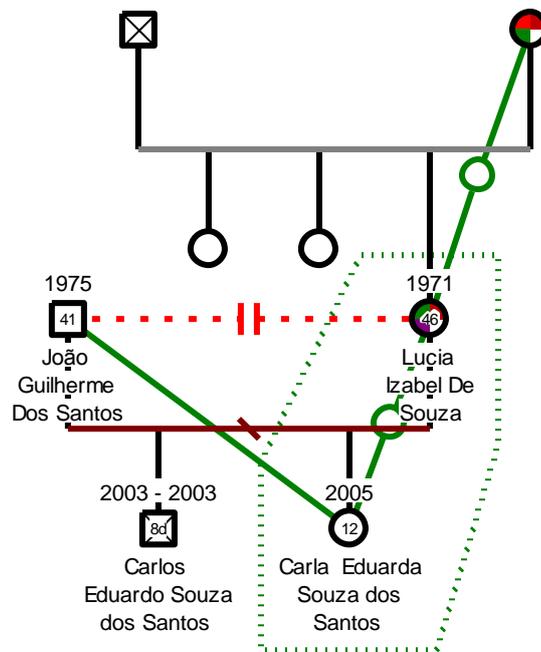
**3ra Consulta** (Dia 15/02/2017)

A paciente refere sentir-se muito melhor, emagreci-o 3 Kg de peso, com melhor estado geral, com TSH evolutiva com cifras de 5,628 uUI/ml, T3-triiodotironina em 93,0 ng/dl, e T4- Tiroxina livre 1,12 ng/dl, cifras de TA: 120/78 mm Hg (Normal)

Deve manter o tratamento e retorno semestral.

Realizo visita domiciliar no dia 20/02/2017 para montagem do genograma familiar completo e orientações gerais dos cuidados e higiene da casa e dos alimentos e manter as mudanças de estilo de vida.

**GENOGRAMA:**



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

Há um ano que atuo na ESF XVI Lizabel em Cruz Alta, Rio Grande do Sul. No território (grande área) percebi que havia um índice elevado de hipertensos e diabéticos. Não havia hábitos de realizarem atividades físicas e uma alta ingestão de medicações, a preocupação dos pacientes era apenas a troca de receita, sem nem passar na consulta com médico da família.

Em nossa ESF foi necessário contar com a equipe de saúde para o planejamento de acesso a saúde da população com qualidade, dispondo de todos os setores na unidade. Iniciamos um projeto com os Agentes Comunitários de Saúde que se chama “Um olhar com visão a mais” em que nas visitas domiciliares os pacientes foram convidados a participarem do grupo. Nesse grupo contamos com apoio da Psicóloga do NASF, Nutricionista da ESF, mais NASF, Educador Físico NASF, enfermeira, técnicos de enfermagem, médico da família e Agentes Comunitários de Saúde.

A população aceitou a proposta com orientações e começaram a participar do grupo, deu certo pois atingimos as metas, conseguimos diminuir os índices nas consultas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pessoas obesas, sedentárias e depressivas. Eles participam para renovar as receitas com tratamento contínuo e aproveitamos para aprofundar em seus problemas e obter um amplo olhar das consequências destes problemas e assim refletir em conjunto, intervir e orientar a conduta adequada e integral logrando melhor controle, na maioria mudaram estilos de vida. No momento continuamos com o grupo de atividades físicas, saúde mental, Hipertensos e Diabéticos, orientações ao pré-natal e consultas de puericultura. A ESF afere promoção e prevenção através das consultas com médico da família, das visitas domiciliares com toda a equipe de trabalho, demandas, testes rápidos, acompanhamento ao pré-natal, puericultura, nutricionista, atenção aos adolescentes através do PSE (Programa Saúde na Escola).

Também realizamos teatro com A.C.S. enfermeiro, médico da família, para fornecer temas de prevenção e promoção sobre gestação na adolescência, de alto risco

nessa faixa etária, complicações na gestação e parto, recém-nascidos prematuros, baixo peso, complicações tardias, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas pesadas, anorexia, bulimia, bullying nas escolas, o uso correto de contraceptivos e preservativos, orientações sobre outras doenças transmissíveis como a dengue, Zica, Chikungunya. Nas demais escolas municipais de educação infantil é realizado grupo com A.C.S., médico da família, enfermeiro, dentista, nutricionista, vacinadora, nesse momento há orientações sobre vacinas, prevenção de cáries, escovação correta dos dentes, alimentação saudável, limpeza do ambiente, os pequenos também são orientados na coleta seletiva de lixo e higiene corporal. Em grupos com a comunidade, o risco de adulto jovem a desenvolver hipertensão, diabetes, onde participam também o apoio do NASF mais a equipe de saúde, seguir orientações do médico da família, realizar exercícios físicos, manter peso adequado e uma dieta equilibrada, evitar o sedentarismo, auto avaliação da mama, realizar preventivo, se necessário o médico, ou enfermeiro referência mamografia, gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, seis consultas no pré-natal, aleitamento exclusivo, preparar a mama para o aleitamento, a importância do aleitamento exclusivo para o bebê e a mãe, idosos nos cuidados para evitar quedas, alimentação balanceada, hábitos saudáveis com atividades físicas regular, acamados na prevenção de escaras e cuidados específicos.

Isto foi logrado com a construção de uma agenda compartilhada de acordo com a realidade vivenciada em nossa unidade de saúde com o objetivo de organizar o trabalho e dar melhor atendimento a população com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, em consonância com o princípio da equidade, identificando os riscos, agravos de doenças, reconhecer e mensurar as necessidades e demandas de saúde da população, respondendo a estas da forma mais efetiva possível, buscando sempre que possível ampliar a autonomia das pessoas e contribuindo para que a programação deste parta das necessidades de saúde dos usuários; elaborar, acompanhar e gerir os planos terapêuticos das pessoas, das famílias com vulnerabilidades sociais e conflitos familiares, identificação das mulheres que não fazem rastreamento com preventivo e

mamografia, homens com fatores de risco associados de desenvolverem câncer de próstata, assim como acompanhar e organizar o fluxo delas entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde.

#### 4. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O Programa Saúde da Família (PSF), também denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único da Família (SUS), favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Entretanto, não se pode admitir tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade, tais como: integralidade das ações, humanização e satisfação das demandas dos usuários, encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia.

A política atual do governo brasileiro considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de reorganizar a atenção primária no país, de acordo com os preceitos do SUS. É tida como principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção primária, assim como ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL 2011).

Em resumo, a intenção explícita da política atual é definir que os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado integral da saúde das pessoas são os profissionais da atenção primária, em especial da ESF (RIO JANEIRO, 2007). Idealmente, seria a ESF o serviço de saúde preferencial das pessoas para resolver seus problemas de saúde.

A oferta de ações da equipe de Saúde da Família deve, obviamente, ser dirigida à resolução das necessidades em saúde da população sob cuidado. O mais importante é oferecer atendimento às pessoas que apresentam problemas de saúde. Uma das situações especiais de consulta médica em atenção primária à saúde muito frequente é a consulta domiciliar, um recurso extremamente útil e incorporado às rotinas de serviços desse nível de atenção.

O contato com o ambiente cotidiano do paciente permite assimilar uma série de informações muitas vezes impossíveis de serem obtidas no consultório médico: como é o relacionamento familiar, quais as condições físicas e de higiene da residência, quem oferece suporte ao paciente, qual a alimentação disponível, etc.

Além disso, há a intervenção no contexto da consulta, que passa a ocorrer “no território do paciente”, modifica a sua dinâmica e exigem do médico uma flexibilidade ainda maior na abordagem da pessoa e seus cuidados. Essa situação é em geral valorizada também pelos pacientes e contribui de maneira significativa para o fortalecimento do vínculo com o médico (DUNCAN,2013).

Segundo Perlini, de acordo com as pesquisas que envolvem o cuidar/ cuidado domiciliar, a permanência de doentes em casa é mais uma tendência, é uma realidade. Assim, compreender parte do processo de cuidar no domicílio possibilita identificar algumas das carências e das fragilidades para as quais o enfermeiro precisa dirigir sua atuação, eleger prioridades e concentrar seu trabalho.

No trabalho da equipe de saúde da família a visita domiciliar é uma ferramenta que faz parte do cotidiano do trabalho, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que visitam diariamente as famílias. Os demais componentes da equipe de saúde a realizam a partir de demandas identificadas nos atendimentos ou por solicitação dos ACS. É nesta aproximação com as famílias que os profissionais reconhecem as necessidades de saúde das mesmas e reforçam os vínculos. A visita domiciliar é um momento propício para desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, de vigilância à saúde, e de propiciar ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; é o meio de estabelecer forma de comunicação participativa com a família.

Para os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a visita domiciliar pode ser uma forma de conhecer os hábitos e rotinas desses pacientes, oportunizando momentos de intervenção de diálogo, de aferição dos níveis pressóricos e acompanhamento do uso da terapia medicamentosa.

É uma atividade que exige conhecimentos e habilidades, responsabilidade ética, profissional, pois tem implicações legais para o exercício profissional de quem a realiza.

Percebo que é de extrema importância à visita domiciliar periódica, a pacientes hipertensos e com riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, pois os mesmos não comparecem à UBS para fazer o controle pressórico, e permanecem por longos anos tomando os mesmos medicamentos, por não apresentarem nenhuns sintoma, julgam estar com a pressão controlada, podendo os medicamentos ter perdido o

efeito com o passar do tempo. E os que apresentam fatores de risco não tem percepção do risco para sua saúde.

Na ESF XVI Lizabel onde atuo é realizado visita domiciliar semanal em pacientes acamados, domiciliados, deficientes físicos, mental, e idosos com dificuldades e que requeiram cuidados contínuos. As visitas são agendadas semanalmente pelos agentes comunitários de saúde sendo, que cada semana refere a uma determinada área, para cada agente de saúde e conforme necessidade agravante de cada paciente.

Neste momento e há um mês estamos apresentando muitas dificuldades com o transporte para a realização das visitas, pois o carro e o motorista disponibilizados pela Secretaria de Saúde também servem de apoio para outras atividades da secretaria. Desta forma, é frequente ter que cancelar as visitas domiciliares pela falta de transporte.

Este deslocamento está provocando insatisfação do atendimento pela equipe de saúde, e fornecendo queixas frequentes da população ao Secretario de Saúde.

A visita domiciliar vem ganhando força nesta última década, com advento da Estratégia Saúde da Família.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Nesta etapa ou período de trabalho e após de uma profunda análise de todo o vivenciado e aprendido, apreciamos que a expansão do Programa de Saúde da Família alcançou mais de um terço da população brasileira, e que a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre as pessoas (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; é uma abordagem que forma a base e aborda os problemas mais comuns na comunidade oferecendo promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar da população.

O SUS a partir da década dos anos 80 vem sofrendo mudanças e constitui mais que um projeto de saúde é uma conquista popular, cujos princípios éticos são: universalidade, integralidade, equidade e participação social, com possibilidades de mudar as coisas, mudar as formas das pessoas serem tratadas o que permite trabalhar com o povo e transformar a sociedade em seu conjunto.

O Sistema de Universidade Aberta do SUS – UNA- SUS foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais.

O trabalho em equipe também permitiu realizar um novo planejamento e gestão de trabalho, uma agenda compartilhada (Agenda Profissional), atuação conjunta com a recepcionista, técnicas de enfermagem, enfermeira, vacinadora, nutricionista, psicólogos, fisioterapeutas e o NASF além dos Agentes Comunitários de Saúde que constituem o principal link da cadeia do trabalho. Retomar as reuniões em equipe com a participação de toda a equipe de trabalho para dar resolutividade aos problemas da população e uma assistência com qualidade aos pacientes.

O Curso de Especialização ofereceu fortalecer o trabalho em equipe, a intersectorialidade, o conhecimento do território e da população, e desenvolver competências e habilidades necessárias para um melhor atendimento de nossa grande área, com um olhar amplo da situação de saúde existente e redefinir quais são os principais fatores de risco que influenciam na população.

Em relação aos fatores de riscos de desenvolver a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) fiz meu projeto de intervenção porque após conhecer que uns dos principais problemas de saúde que estava afetando a saúde da população da grande área de abrangência eram as Doenças Crônicas não transmissíveis e principalmente a HAS; o trabalho é desenvolvido em conjunto com a equipe, desde a busca ativa destes pacientes pelos agentes comunitários até a participação da população, que cada dia a dia temos mais participantes nas atividades oferecidas pela equipe e, sobretudo, pelo fisioterapeuta.

Desde minha chegada ao Brasil foi notória a situação, como hábitos alimentares, uso de álcool e drogas, sedentarismo, obesidade, estresse, entre outros fatores o que motivou para a realização deste trabalho.

Graças a Política de Educação Permanente em Saúde, estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite transformações nas práticas do trabalho com capacitações de temas de interesse para reflexionar e garantir uma melhor qualidade no atendimento, além de ser uma nova experiência transformadora em minha vida profissional, a troca de experiência, opiniões, dúvidas, conhecer o manejo clínico dos casos baseado nas evidências, as vivências dos profissionais durante seu desempenho em todo o país. Agora eu sinto mais segurança e confiança nas tomadas de decisões e condutas frente aos casos simples e complexos em conjunto com a equipe de trabalho, com melhora na comunicação.

Foi um verdadeiro desafio e faltam muitas adversidades para enfrentar, em nossa EFS não temos atendimento odontológico (exemplo), portanto com um bom planejamento e estratégia de trabalho sempre se logram as metas e objetivos para

garantir uma melhor qualidade de vida da população com menos custos e recursos, maior efetividade e expectativa de vida da população em geral.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
3. Buss PM, Pellegrini A Filho. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* (Rio J.). 2007; 17(1): 77-93.
4. DUNCAN, BB; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4<sup>a</sup> ed. Brasil, 2013. p. 123.
5. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(2):154-63.
6. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(3):364-71.
7. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):729-38.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Vol. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
10. Perderson ME, Cockcroft JR. The vasodilatory beta – blockers. *Curr Hypertens Resp* 2007; 9(4): 269-277.
11. Mendis, Shanthi; Pusca; Norrving, Bo. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control (1st ed). World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the Word Stroke Organization. 2011; p.38. ISBN 9789241564373.
12. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Ver. Panam. Salud*, 2011: 29 (2).

13. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. DUNCAN, BB; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidencias. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre; Artmed; 2004.

## **ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Mercedes Almeida Rodriguez

Hipertensão Arterial identificando e prevenindo um inimigo silencioso: projeto de intervenção na ESF XVI Lizabel, no município de Cruz Alta/RS

**Porto Alegre,**

**2017**

## RESUMO

A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis sobre tudo a Hipertensão Arterial e o elevado número de pessoas com fatores de risco para desenvolver esta doença, além do baixo nível de conhecimento, a equipe de trabalho da ESF XVI Lizabel no município de Cruz Alta/RS propõe um projeto de intervenção com objetivo de promover a prevenção e promoção da saúde para os adultos que apresentam fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial. Identificar as pessoas com fatores de risco na comunidade; melhorar os conhecimentos, modificar hábitos de vida destas pessoas com fator de risco; reduzir os riscos modificáveis e melhorar qualidade de vida é nosso grande objetivo. Durante o estudo se aplicará um questionário com perguntas semiestruturadas com duas partes: a primeira com dados de identificação e a outra com dados sobre os fatores de riscos. As variáveis de identificação da amostra incluirão: sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação e as variáveis relativas aos fatores de risco modificáveis para desenvolver a hipertensão arterial. No primeiro e último encontro se verificarão: peso, altura, IMC, dosagem de colesterol e triglicérides, depois eles receberam orientações gerais sobre os fatores de risco modificáveis, classes, atividades participativas, terapia musical, discussão grupal, exercícios físicos, dieta terapia.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Fatores de risco, Promoção e Prevenção.

## SUMÁRIO

1. Introdução -----	1
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral -----	3
2.2. Objetivos específicos -----	3
3. Revisão de literatura -----	4
4. Metodologia -----	8
5. Cronograma -----	9
6. Recursos necessários	
6.1. Recursos humanos -----	10
6.2. Recursos materiais -----	10
7. Resultados esperados -----	11
8. Referências -----	12

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas hoje um problema de saúde global. A carga dessas doenças recai principalmente sobre países de baixa e média renda o que representa uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano das nações (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente destas e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Existem múltiplos fatores de risco para desenvolver a Hipertensão Arterial: histórico familiar, dieta rica em sal, idade, sedentarismo, etnia, consumo excessivo de álcool, eles são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral. Alguns podem ser não evitáveis, como o histórico familiar e a etnia, mas conhecê-los serve como alerta para que a pessoa adote hábitos saudáveis, faça visitas ao médico periodicamente e cada vez mais precocemente (SOCESP, 2016).

Estudos têm mostrado a forte associação das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) há fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção destes agravos (BRASIL, 2014).

Pela elevada prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis sobre tudo a Hipertensão Arterial e o elevado número de pessoas com fatores de risco para desenvolver esta doença além do baixo nível de conhecimento que eles têm desta

doença e suas complicações, iremos desenvolver esse projeto na Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Lizabel, e que funciona como Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da prefeitura do município.

A equipe com a qual trabalho está composta por um médico da família, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), além disso, conta com outros profissionais de apoio como um assistente social e um nutricionista, temos uma proposta de aplicar um projeto com o objetivo de promover a prevenção e promoção da saúde para os adultos que apresentam fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial para melhorar os conhecimentos e mudar estilos de vida em pessoas adultas e melhorar qualidade de vida e assim evitar desenvolver as enfermidades crônicas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Promover a prevenção e promoção da saúde para os adultos que apresentam fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial na ESF XVI Lizabel, em Cruz Alta/RS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as pessoas com fatores de risco na comunidade;
- Melhorar os conhecimentos e modificar hábitos de vida destas pessoas com fator de risco;
- Reduzir os riscos modificáveis e melhorar qualidade de vida.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Hipertensão Arterial**

No Brasil, Hipertensão Arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com Diabetes Mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

No mundo, as doenças cardiovasculares são responsáveis de aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, um terço do total. Entre elas, as complicações da hipertensão causam anualmente 9,4 milhões de óbitos. A Hipertensão Arterial é a causa de pelo menos o 45 % das mortes por cardiopatias; o 51% das mortes por Acidentes Cerebrovasculares (OMS, 2013).

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade, e geram altos custos econômicos. Daí a importância das ações programáticas voltadas ao público portador dessas doenças, cujo principal objetivo é alcançar o adequado controle a partir do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos e para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da população da área de abrangência. Tanto a prevenção quanto o controle adequado da HAS pode ser alcançado através do controle dos fatores de risco, sendo função primordial da Atenção Primária de Saúde (APS) a adoção de consultas individuais e ações coletivas que busquem a redução da exposição da população aos fatores de risco, relacionadas aos hábitos de vida danosos à saúde, tais como alimentação inadequada, ingestão excessiva de sal, tabagismo, sedentarismo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A HAS é uma doença crônico-degenerativa que tem papel importante como fator de risco quando se trata de morbidade e mortalidade por patologias do sistema cardiocirculatório. A prevenção destas doenças pode ser definida como uma ação prévia de conhecimento da história natural com a finalidade de dificultar o avanço da doença. As ações preventivas têm a finalidade de coibir agravos específicos, sendo assim prevenção primária, envolvendo um conjunto de práticas para melhorar a saúde e estimular a mudança de estilo de vida do usuário, como hábitos alimentares e realização de atividades física (MS, 2012). A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2002).

O Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, com uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (SZWARCOWALD; SOUZA JÚNIOR; DAMACENA, 2010). Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT et al., 2011).

### **3.2 Fatores de Risco**

O termo "risco" é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, desenvolver uma doença. Os fatores associados ao aumento do risco de se desenvolver uma doença são chamados fatores de risco. O mesmo fator pode ser de risco para várias doenças – o tabagismo e a obesidade, por exemplo, são fatores de risco para diversos cânceres, além de doenças cardiovasculares e respiratórias (SILVA, 2004).

Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes. Várias

diretrizes foram publicadas na tentativa de se prevenir a doença cardiovascular e devem ser seguidas. É mandatório que se controle a pressão arterial e o colesterol agressivamente. O tabagismo também deve ser combatido de forma agressiva. A prevenção e o tratamento do excesso de peso, da síndrome metabólica e do DM, por intermédio de alimentação adequada e exercício físico, também têm papel extremamente importante (SILVA, 2004).

Fatores de risco são condições que predispõem uma pessoa o maior risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos (São Paulo, 2002). Podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Quanto maior o número de fatores de riscos presentes, maior a chance de apresentar um evento cardiovascular. Os fatores de risco não modificáveis estão relacionados à herança genética de um indivíduo e deixam questões em aberto com relação à DAC. Mesmo sabendo que não se pode alterar a herança genética de um indivíduo, existe a possibilidade de alterar seu estilo de vida, reduzindo a possibilidade de ter um evento cardíaco precocemente (PORTO, 2005).

**Fatores de risco não modificáveis ou irreversíveis:**

Idade

Sexo

Hereditariedade

**Fatores de risco modificáveis ou reversíveis (SILVA, 2004):**

**Sedentarismo**

Falta da prática regular de exercícios físicos. Caminhar é um bom exercício físico e melhora a aptidão cardiorrespiratória.

**Obesidade**

É o acúmulo de gordura no organismo representado por um aumento do índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m<sup>2</sup>. A circunferência abdominal é um forte indicador para doença cardíaca e diabetes, seu valor ideal é menor que 80 cm para mulheres e 94 cm para homens.

**Hipertensão Arterial**

É o valor da pressão do sangue dentro dos vasos e artérias do corpo. Seu valor ótimo é 120/80 mmHg.

**Estresse**

Envolve a tensão emocional, o nervosismo, a vida agitada e as pressões a que somos submetidos diariamente no trabalho, no trânsito ou em casa.

**Colesterol alto**

Há aumento da taxa de gordura no sangue, gorduras estas, provindas dos alimentos de origem animal. É responsável pela obstrução das artérias do coração. Os valores ideais são abaixo de 200 mg/dl e manter o LDL próximo de 130 mg/dl.

**Triglicerídeos altos**

Aumento da gordura no sangue vinda de alimentos ricos em carboidratos (doces em geral, refrigerantes e mel), o que também contribui para a obstrução das artérias do coração. Deve-se manter níveis abaixo de 150 mg/dl.

**Diabetes**

Ocorre insuficiência na produção de insulina e aumento de glicose (açúcar) no sangue, gera abundância de urina e sensação de sede intensa (São Paulo, 2002).

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção onde pesquisaremos as pessoas com fatores de risco modificáveis de desenvolver as doenças crônicas e sobre tudo a Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Lizabel, durante um período de seis meses.

As pessoas que participarão deste estudo deverão cumprir com os critérios a tal efeito:

Critérios de inclusão: Voluntariedade, permanecer e morar na área, ter 40 anos e mais com fator de risco modificáveis e adequada capacidade física e mental.

Critérios de exclusão: Ausentar-se uma ou, mais sessões.

Cada agente comunitária avaliará todas as pessoas e acompanhará ao que apresente dois ou mais fatores de risco associados à aula para receber as sessões de capacitação e que cumpram com os critérios antes mencionados.

Durante o estudo se aplicará um questionário com perguntas semiestruturadas com duas partes: a primeira com dados de identificação e a outra com os dados sobre os fatores de riscos. A aplicação deste questionário ocorrerá durante as aulas.

As variáveis de identificação da amostra incluirão: sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação e as variáveis relativas aos fatores de risco modificáveis para desenvolver a hipertensão arterial incluíram: Índice de massa corporal, histórico familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica, prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de álcool, dosagem dos níveis de colesterol e triglicérides.

No primeiro e último encontro se verificarão: peso, altura, IMC, dosagem de colesterol e triglicérides, depois eles receberam orientações gerais sobre os fatores de risco modificáveis, classes, atividades participativas, terapia musical, discussão grupal, exercícios físicos, dieta terapia.

As atividades terão uma duração de uma hora na aula com uma frequência quinzenal no horário da tarde.

A equipe de trabalho estará composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitárias, nutricionista e fisioterapeuta.

## 5 CRONOGRAMA

O cronograma das atividades abrange um período de seis (6) meses, mostra-se no quadro abaixo:

Atividades	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Apresentação da proposta à equipe de saúde	x					
Pesquisar as pessoas com fatores de risco modificáveis	x					
Organizar critérios de inclusão/exclusão		x				
Avaliação e acompanhamento das pessoas pelos agentes		x				
Aplicação do questionário		x	x	x	x	x
Atividades de capacitação			x	x	x	
Avaliação das variáveis		x			x	
Avaliação do projeto pela equipe						x

## 6 RECURSOS NECESSÁRIOS

### 6.1 Recursos humanos:

A equipe de trabalho estará composta pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitárias, nutricionista e fisioterapeuta.

### 6.2 Recursos materiais

- Sala para realização de grupos.
- Computadores.
- Impressora.
- Balança.
- Esfigmomanômetro de mercúrio.
- Estetoscópio.
- Calculadora.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Canetas.
- Folhas
- Equipamentos de multimídia.
- Reativos para exames laboratoriais.
- Pasta para arquivo de planejamento das atividades.
- Prontuários dos pacientes assistidos nas atividades.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final dessa intervenção espera-se que as pessoas que participaram no estudo melhorem os conhecimentos sobre fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial e logrem modificar hábitos de vida e assim melhorar qualidade de vida.

As pessoas devem ser responsáveis de sua própria saúde, reconhecer os hábitos nocivos e como evitar os mesmos, transmitir os conhecimentos necessários para sua família e comunidade em geral.

## 8 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Estratégias para os cuidados da pessoa com doença crônica: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Brasília: Ministério de Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério de Saúde, 2002.
- OPARIL S. Hipertensão arterial. In: BENNETT, J. C; PLUM. F et al. Cecil- Tratado de Medicina Interna. 20<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. V. 1, p. 285-301.
- SILVA, J. L. L; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Rev. Enf. v. 06, n. 03, 2004.
- SANTOS FILHO, R. D; DA ROCHA, T.L.M. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas. Arg. Bras. End. Met. São Paulo, v. 46, n. 3, 2002.
- DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4<sup>a</sup> ed. Brasil, 2013. p. 530-638.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística- IBGE (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- PORTO, C. C; PORTO AL. Doença do coração: prevenção e tratamento. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las personas mayores. 3<sup>a</sup> ed. Washington: OPAS; 2003.