



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS.

RAÚL AGUILERA PELÁEZ.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO  
CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

SANTA VITORIA DO PALMAR.

2018.

RAÚL AGUILERA PELÁEZ.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO  
CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em  
Saúde da Família pela Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

SANTA VITORIA DO PALMAR-RS.

2018.

## SUMARIO

1-	INTRODUÇÃO DO PORTFOLIO.....	3
2-	RELATO DE CASO CLÍNICO. ....	5
3-	DISCUSSÃO.....	6
4-	PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, E NIVEIS DE PREVENÇÃO.....	10
5-	RELATO DE CASO.....	12
6-	DISCUSSÃO.....	13
7-	CONCLUSÃO.....	14
8-	VISITA DOMICILIAR. ....	15
9-	REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	18
10-	REFERÊNCIAS.....	20
11-	ANEXO1. PROJETO DE INTERVENÇÃO. ....	23

## 1- INTRODUÇÃO DO PORTAFÓLIO.

Graduado em medicina no ano 2001 pela universidade da Habana, Cuba; após de fazer um ano de serviço social, trabalhei dois anos na Cidade da Habana como medico familiar. Posteriormente atuei no programa Barrio Adentro, na República Bolivariana de Venezuela, durante 7 anos, nas cidades de Maracaibo, estado Zulia, e Caracas, oferecendo atenção como especialista em Medicina Familiar. Depois trabalhei durante 2 anos nas comunidades indígenas da Amazônia do Equador. Atualmente atuo no Programa “Mais Médicos para o Brasil”, desde dezembro de 2016, como médico da Estratégia de Saúde da Família “Conrado Alves Guimarães”, município Santa Vitória do Palmar, estado Rio Grande do Sul.

A ESF “Conrado Alves Guimaraes”, inclui os Bairros Brasileiro, Mutirão, e Santa Julia, e está localizada na zona urbana do Bairro Brasileiro, onde trabalho atualmente como clinico geral; tem uma área de abrangência que cubre uma população de 5523 habitantes, atendida por duas equipes de saúde, com uma estima de 13824 atendimentos anuais entre as duas equipes que a compõe a estratégia, e que representa o maior número de atendimentos das ESF do município. As principais doenças que são motivo de consulta na unidade de saúde são as Doenças Crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias), e as doenças infecciosas. A área de abrangência está constituída por uma população com uma alta densidade demográfica, a mesma na periferia da cidade, com ruas de terra em sua maioria, onde predominam as pessoas idosas, com condições socioeconômicas precárias. Existe dificuldade com o saneamento básico, e de serviços públicos.

Das estruturas comunitárias disponíveis na comunidade existem duas escolas, e uma igreja, não existindo creches nem associações comunitárias. Na área de abrangência existe um alto índice de violência associada ao consumo de álcool e drogas, o qual incrementa o número de furtos e homicídios. Existem um grande número de silos de arroz, que constituem uma fonte de contaminação do ar, e áreas de campanha dedicadas ao cultivo de arroz e soja, que usam produtos fertilizantes e inseticidas químicos que contaminam o solo e as águas, o que reflete na saúde da população, sendo um desafio para as equipes de saúde da ESF, sendo as consultas médicas as mais predominantes, seguidas das consultas de enfermagem e fisioterápicas.

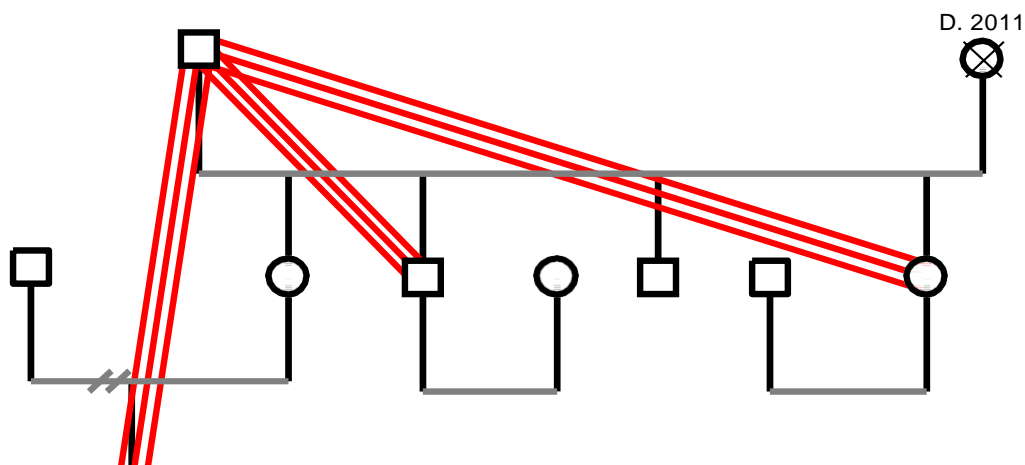
Dentro das Doenças Crônicas não Transmissíveis, temos o predomínio das doenças cardiovasculares na população atendida na ESF, a qual representa um dos principais problemas de saúde, e constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil assim como suas complicações; fatores que são discutidos no projeto de intervenção que se pode encontrar nos anexos deste Portfolio.

Neste sentido busca-se a elaboração de um plano de ação baseado nos principais fatores de risco cardiovasculares, e espera-se que o plano de ação proposto possa ser efetivado em conjunto a equipe de saúde da ESF, com a participação da comunidade, melhorando sua qualidade de vida.

## 2- RELATO DE CASO CLÍNICO.

O Sr Arnaldo Teixeira (nome fictício) de 79 anos, viúvo há 6 anos, mora na comunidade do Bairro Brasileiro, pertencente a ESF Conrado Alves Guimaraes, ele tem 4 filhos, 2 homens (um casado e outro solteiro) e duas mulheres (ambas casadas). Sr Arnaldo mora com sua filha maior, divorciada há 3 anos, com quem não tem boas relações pessoais, e seu neto de 17 anos. Há cerca de 15 anos apresenta diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia há 2 anos. Orientado em tempo e espaço. Neste momento encontra-se com as seguintes medicações: Lossartana potássica (50 mg) 1 cp de 12/12, hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia e sinvastatina (40 mg) 1 cp ao dia.

### GENOGRAMA.



Legenda:



fusionado



Divorcio

O- Mulher

□- Homem

Fonte: próprio autor.

### 3- DISCUSÃO.

O Sr Arnaldo é bem assistido pela ESF, assiste aos grupos de HIPERDIA de maneira sistemática e com atitude muito positiva ajudando a motivar a outros pacientes a participarem nos grupos. É visitado frequentemente por seus outros filhos e ajudado pelos mesmos além de acompanhar o pai nas consultas medicas ou com especialista de risco cardiovascular.

#### ➤ **Avaliação da pessoa idosa:**

\*Nutrição: refere alimentar-se bem, e afirma que tem conhecimento das comidas que pode comer, só que as vezes se face muito difícil para se controlar respeito a lós alimentos que fazem dano a lá dislipidemia.

\*Peso atual: 64 kg Altura: 1.68 IMC= 22,6 (normal)

\*Acuidade visual: Não tem dificuldade.

\*Acuidade auditiva: Responde sim dificuldade a perguntas feitas.

\*Incontinência: sim dificuldades urinarias

\*Atividade sexual: Refere que em locações tem relações sexuais com uma amiga.

\*Humor/Depressão: refere sentir-se bem e feliz.

\*Cognição e memoria: não existe alterações.

\*Função dos MMSS: preservada

\*Função dos MMII: preservada.

\*Atividades diárias: não tem limitações, pois não precisa ajuda para realizar suas atividades diárias.

#### ➤ **PROBLEMAS IDENTIFICADOS:**

- Malas relaciones interpersonais com a filha que mora com ele.

-Risco de queda por inadequação do domicilio.

- Dieta inadequada para o controle da dislipidemia.

➤ **PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR- METAS: (Curto prazo)**

O paciente precisa dos seguintes cuidados:

- Inter consulta dele e a filha com a psicóloga da área para lograr melhorar as relações interpessoais.
- Inter consulta com a nutricionista para adequação da dieta.
- Exames para avaliação de risco cardiovascular, exames de rotina de laboratório.
- Continuidade no acompanhamento da ESF, de ACS, enfermeiro e médico da equipe.
- Orientação a família e paciente dos fatores de risco de quedas no hogar.
- Continuar o cumprimento de tratamento de HAS e dislipidemia.

➤ **DIVISAO DE RESPONSABILIDADES:**

- Pela parte de lá ESF continuará dando seguimento ao paciente de suas doenças e garantirá que o paciente siga participando nos grupos de HIPERDIA, além de assistir a suas consultas programadas.
- Enfermeiro: velara pelo cumprimento do tratamento, acompanhamento do caso e visitas domiciliares.
- Técnica de enfermagem: Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal quando o paciente se encontra em sua consulta programada.
- Nutricionista: Atendimento e acompanhamento do caso para garantir uma adequada educação alimentar do paciente respeito a sua doença.
- Psicóloga: Acompanhamento y avaliação de lãs relações interpessoais do padre e filha.



- Medico: Atendimento para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco e seguimento adequado do caso, programara as consultas correspondentes, solicitara exames e realizara encaminhamentos a especialista si fora necessário, além de garantir a unidade com membros da equipe de NASF (nutricionista y psicóloga).
- Cardiologista: Acompanhamento e avaliação de risco cardiovascular, atuando com medidas farmacológicas.
- ACS: Acolhimento, registro de informações e visitas domiciliares.

➤ **AVALIAÇÃO PERIÓDICA:**

Uma vez ao mês a equipe realizara a avaliação do caso em reuniões da equipe, para avaliar os resultados do tratamento com o paciente e o acompanhamento junto a equipe do NASF.

➤ **CONDUTA:**

- PLANOS TERAPEUTICOS:

- Dieta hipossódica, usar pouco açúcar, óleos, e gorduras para preparo dos alimentos.
- Exercícios 3 v por semana durante 30 min.
- Farmacológico: Lossartana potássica (50mg) 1 cp 2 vezes ao dia.

Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia.

Sinvastatina (40 mg) 1 cp 1 vez ao dia.

Além disso se realizara:

- Requisição para cardiologista.
- Incluir a persona no programa HIPERDIA.

- Solicitar exames de rotina: hemograma, glicosuria, proteinuria, abominaria, colesterol total, lipoproteínas de elevada densidade (HDL) e de baixa densidade (LDL) triglicerídeos, Eletrocardiograma, prova de esforço (si suspeita de angina), Ecocardiógrafas, F/O, Rx de tórax (AP/perfil).

De acordo a Silva LS, Cotta RMM, e Rosa Cop. No estudo das estratégias de promoção da saúde e prevenção primaria para o enfrentamento das doenças crônicas, considera que:

As DCNT têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, e necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidencias para a prevenção e controle de essas enfermidades. E preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisão y dos líderes em saúde para superar esse desafio.

Segundo outros estudos do tema como pelo exemplo, Promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas, de Medina e Aquino; dentro os elementos essências para aprimorar os sistemas de saúde, destacasse a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primaria dos fatores de risco.

A realização de práticas corporais e atividades físicas proporciona mais disposição, bem-estar, autonomia e oportunidade de fazer amizades. Além disso diminui o risco de doenças do coração, osteoporose, diabetes, depressão, e certos tipos de câncer. (2).

Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, onde cada profissional realiza sua avaliação e depois se realiza em conjunto, para traçar as metas e definir as ações necessárias para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo.

Diante o exposto a APS realiza atividades de educação em saúde como palestras, para melhorar a qualidade de vida da população e reduzir importantes mobilidades, por isso é tão importante reconhecer o papel da APS na prevenção de doenças crônicas principalmente aquelas associadas a riscos cardiovasculares.

#### **4- PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.**

Segundo Kamilly Rosa Figueiredo, o envelhecimento é hoje um fenômeno universal, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. No Brasil, impressiona a rapidez com que tem ocorrido, visto que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano 2025, a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes, contra cinco vezes da população total. Isso classifica o país como a sexta população do mundo em idosos, correspondendo a mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Esse aumento da população idosa está associado à prevalência de doenças crônicas degenerativas, dentre elas aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão.

Na introdução deste Portafolio foi mencionado o trabalho na ESF Conrado Alves Guimarães, do município Santa Vitoria do Palmar, do Estado Rio Grande do Sul; onde predominam as Doenças Crônicas não Transmissíveis na população atendida pela ESF. Dentro destas doenças temos o predomínio das doenças cardiovasculares, a quais representam um dos principais problemas de saúde. Dessa forma este capítulo visa contextualizar a promoção da saúde no âmbito da saúde do homem.

O presente estudo do caso analisa um paciente idoso de 79 anos, hipertenso e com dislipidemia que mora com sua filha, e não tem boas relações interpessoais com ela. O processo de adoecimento de seu Arnaldo está estreitamente relacionado com a relação com sua viuvez e a conduta tomada com sua filha. Trata-se do caso dum paciente idoso, com doenças crônicas que se encontra num período de luto que não logra superar, além de ter conflitos com sua filha maior, o que provocou afetação da saúde mental ocasionando um estado depressivo neste paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Saúde Mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Nesta definição, a saúde mental é entendida como um aspecto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de trabalhar e de se relacionar com os outros.

Segundo dados da organização Mundial de Saúde (OMS). 2016: cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de uma doença mental; 1 em cada 4 pessoas irá desenvolver uma perturbação mental ao longo da sua vida; a nível global 5 das 10 causas principais de incapacidade e morte prematura são doenças psiquiátricas. Estima-se que em 2030 uma doença mental, a Depressão irá ser a principal causa de incapacidade e morte prematura, acima de outras patologias como as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, a diabetes, as doenças infecciosas, etc.

## 5- RELATO DE CASO.

Trata-se de seu Arnaldo, um paciente de 79 anos de idade, natural de Santa Vitoria do Palmar, Rio Grande do Sul, pai de quatro filhos; com história de Hipertensão Arterial Sistêmica, e dislipidemia, viúvo há 6 anos, e que mora com sua filha, com quem não tem boas relações pessoais, e seu neto de 17 anos. Compareceu à consulta relatando estar se sentindo desanimado e revoltado com as pessoas ao seu redor, quadro clínico que teve início em 2011, quando faleceu sua mulher, desde então seu Arnaldo passou a ter dificuldades para realizar suas funções diárias, e passou a não fazer mais nada, e a brigar com sua filha pois ela lembrava um pouco a sua esposa. Sua mulher era seu grande apoio, e após seu falecimento ele continuou morando na sua casa, onde lembra muito a ela.

O paciente entra no consultório com muita tristeza, e começa a dizer que não está bem, queixa-se de perda de peso no último mês, cansaço, insônia há três semanas, fica acordado até tarde da noite e não consegue dormir, refere que não está conseguindo fazer o tratamento adequado, pois tem esquecimento, e não consegue fazer seus labores diários pois não tem animo, briga muito com sua filha, chora muito e lamenta a vida que está levando sem sua esposa. Além disso queixa-se de muita dor na coluna, e dores crônicas nas costas, diz que nada melhora essas dores e que ninguém valoriza o que ele diz. Nos últimos dias está subindo muito sua pressão arterial e ele acha que vai morrer.

Após o episódio relatado, seu Arnaldo foi tratado na unidade de Saúde Conrado Alves Guimarães, onde foi realizada a anamnese e exame físico do paciente, chegando-se ao diagnóstico de Transtorno Ansioso Depressivo.

## **6- DISCUSSÃO.**

Neste caso seu Arnaldo está apresentando um quadro de depressão aguda, provocado pela morte da sua mulher, a qual ainda não supera, e encontra-se num período de luto prolongado. Além de estar sometido a estresse agudo pelas doenças crônicas que apresenta, e ao relacionamento de conflito com sua filha.

A depressão é o problema psicológico mais comum no idoso. Embora isso também seja verídico em outras faixas etárias. Frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida. A gravidade da situação reflete-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos (BALLONE,2001).

Neste caso específico, o estresse mantido pelas constantes discussões com sua filha provoco um aumento da depressão, e descompensação da pressão arterial deste paciente; inúmeros são os motivos que podem levar a um quadro hipertensivo, vale lembrar que essa reação de nosso organismo a algo que nos amedronta ou aflige, é natural, e o estresse pode ser prejudicial quando as exigências e tensões são muito intensas.

Segundo Lima Coutinho, “O estresse libera substancias endógenas chamadas catecolaminas, que promovem a elevação da frequência cardíaca e o aumento nos tônus vasculares, levando a um incremento na pressão arterial”.

A depressão neste paciente pode vir acompanhada de outros problemas físicos, e psíquicos, o que acaba mascarando a doença, fazendo que ele não de atenção a mesma, pois acha que não é nada grave. Mais a morte recente da sua esposa assim como perda do seu status social e familiar pelo processo de envelhecimento são fatores que agudizam o quadro clínico, pois o paciente não consegue mais formular perspectivas de vida e leva ao mesmo a acreditar que sua morte pode estar próxima.

A depressão produz com frequência uma queda da imunidade, o que pode provocar diminuição da resistência física das pessoas, e na persona idosa pode ocasionar um estado de esquecimento semelhante a que ocorre com a demência.

## **7- CONCLUSÃO.**

As ações de promoção y prevenção da saúde visam diminuir a probabilidade de complicações da doença, assim como tratar a mesma, para melhorar a saúde mental como um todo. A psicoterapia tem como finalidade brindar apoio emocional ao paciente, diminuir o estresse y ansiedade do mesmo, assim como aumentar sua confiança e autoestima. A atividade física deve ser considerada como outro fator muito importante para o tratamento não farmacológico do transtorno depressivo, e colabora para a formação de redes sócias além dos benefícios fisiológicos para o paciente.

Os estados depressivos não são consequência do envelhecimento, existem muitos fatores que podem desencadear os mesmos, o predispor ao aparecimento deles, suas causas podem vir de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A maioria dos idosos priorizam as queixas somáticas em detrimento do sentimento de tristeza que facilmente é reprimido. O médico deve explorar toda a sintomatologia que traz o idoso à consulta lembrando que é um ser biopsicossocial; a Escala de Depressão Geriátrica deve ser aplicada para o diagnóstico da depressão em idosos, e representa uma ferramenta útil para o médico de família. O apoio da família é de extrema importância para obter bons resultados no tratamento da depressão em idosos, já que ajuda a recuperação dos mesmos, se sentem que não são desprezados tanto pela sociedade, quanto pela própria família.

## **8- VISITA DOMICILIAR.**

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

A Visita Domiciliar, segundo Samaro, 2014,“ e uma técnica social, de naturaliza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhece-la, descrevê-la, compreendê-la, ou explica-la(...) tem por lócus o meio social, especialmente o lugar social mais privativo e que diz respeito ao território social do sujeito: a casa ou local de domicílio (que pode ser uma instituição social). ”

Em 2002, foi estabelecida a lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002- DOU de 16/4/2002. Essa lei acrescenta capítulo e artigo na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Ainda em 2002, em abril, foi publicada a portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do idoso.

Temos que ter em conta que tem sido crescente a busca de estratégias para reduzir os custos dos ingressos hospitalários, e para a redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde; pelo que a assistência prestada por meio da visita no domicílio, é um instrumento que possibilita um melhor conhecimento da realidade da família, e o indivíduo, e possibilita fortalecer a relação médico-paciente, os vínculos afetivos, assim como realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, lembrando as diretrizes e princípios organizativos do SUS como, equidade,



universalidade, integralidade, e acessibilidade, para uma melhor interação entre o profissional da saúde e as famílias o pacientes (CUNHA, C.L.F.& GAMA).

Sempre a visita domiciliar deve ser o mais efetiva, eficiente, e eficaz possível, além do rompimento do modelo hegemônico centrado na doença, estabelecer o modelo centrado na pessoa, sendo uma proposta de atendimento mais integral, mais humanizada, com o indivíduo inserido no seu contexto familiar.

A abordagem integral no domicílio, e muito diferente ao modelo hospitalocêntrico, a família tem um importante papel no domicílio, essencial no cuidado dos pacientes, pois de sua participação vai depender a evolução, e a recuperação dos mesmos. A equipe de saúde deve ter em conta esse vínculo para visualizar o cenário do contexto, e envolver ao paciente e seus cuidadores para o tratamento, e a reabilitação das doenças cardiovasculares.

A visita domiciliar (VD), no caso de pacientes com doenças cardiovasculares, deve ter objetivos encaminhados a detectar as dificuldades presentes no meio familiar que possam influenciar no cuidado dos mesmos; temos que conhecer as características do domicílio, e as características ambientais, verificar a estrutura e dinâmica familiar, elaborar genograma, determinar fatores ambientais, familiares, e os fatores de risco cardiovasculares que possam afetar a recuperação destes pacientes. Lembremos que a história familiar da doença, a idade, raça, etnia, doenças como a Hipertensão Arterial, e Diabetes mellitus, são fatores de risco que podem ser detectados na VD; assim como a presença de hábitos como o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, obesidade, além do colesterol elevado, e o estresse excessivo, que possam estar presentes nos pacientes visitados. Deve-se prestar assistência a pacientes acamados pelas complicações destas doenças, assim como estimular neles a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Para lograr os objetivos propostos a visita domiciliar deve ser organizada e planejada pela equipe de saúde. O planejamento das visitas tem que ser programado estabelecendo prioridades, de acordo a situações presentes na família e pacientes, que constituem risco a saúde; além de situações de emergências, muito frequentes nos pacientes com doenças cardiovasculares, problemas de acesso a unidade, assim como

problemas de locomoção, ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.

Os pacientes idosos, hipertensos, com incapacidade, com doenças cardiovasculares, e outros agravos a saúde, são priorizados nas visitas domiciliares, neles a equipe de saúde deve promover mudanças nos estilos de vida, realizar diversas ações de prevenção y promoção à saúde, assim como lograr uma adequada autonomia do indivíduo, e evitar complicações. Deve ser garantida uma atenção de qualidade, e encaminhar ao paciente para o especialista ou hospital se detectasse alguma situação de agravo da doença, e avaliar a necessidade de intervenção do NASF para uma atenção integral ao paciente.

Ao finalizar a visita domiciliar os objetivos da mesma devem estar cumpridos, e o equipe deverá elaborar um plano de ação para a abordagem das diferentes problemáticas presentes na família.

## **9- REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

A Visita Domiciliar é um instrumento para o atendimento domiciliar das doenças, que permite que os profissionais da saúde possam adentrar-se no espaço privado das famílias, e dos pacientes, para efetuar a assistência médica de maneira mais integral, assim como realizar atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Deve-se lograr uma adequada comunicação com os pacientes e as famílias, para o planejamento, organização, e a execução da visita domiciliar.

A visita domiciliar nos pacientes com Doenças Cardiovasculares tem efeito positivo no processo educativo dos pacientes, evidenciado pelas mudanças no estilo de vida que eles fazem, no consumo de alimentos saudáveis, na prática de atividade física, e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As orientações domiciliares permitem ao equipe de saúde uma aproximação maior a realidade dos pacientes, e ao entorno familiar, o reconhecimento deste ambiente permite tratar aspectos relacionados com as doenças presentes neles, e lograr uma empatia maior, cumprimentar o tratamento, assim como as medidas higiênico-sanitárias para modificar fatores de risco. A presença na equipe de saúde dos Agentes Comunitários é de vital importância, eles detectam aos pacientes que pelas diversas condições de saúde não podem ter acesso a unidade de saúde (pacientes acamados, idosos, acidentados, com problemas de locomoção, dificuldade de transporte, etc), pelo que o atendimento no domicílio pode ser essencial para a recuperação do paciente, visualizar dificuldades presentes no domicílio, cumprimentar o tratamento, e aclarar dúvidas em quanto as doenças.

Durante o desenvolvimento deste Portfólio, permitiu a equipe, conhecer a realidade das Doenças Cardiovasculares, na área de abrangência da ESF Conrado Alves Guimarães; logrando a participação interdisciplinar, e o trabalho multiprofissional em pacientes com doenças cardiovasculares, para prestar uma assistência adequada e de qualidade; além de manter a capacitação constante dos profissionais da equipe de saúde, assim como dos pacientes durante a visita domiciliar. Logra-se o agendamento para a incorporação dos pacientes a Estratégia de Saúde da Família, diante participação nos grupos de idosos, Hipertensão, e outros, para lograr uma atenção integral ao indivíduo,

família e comunidade. A equipe de saúde detectou situações de risco que podem afetar direta ou indiretamente a saúde dos pacientes, e efetuar de forma sistematizada as VD em busca da integralidade da assistência nos serviços de saúde.

## 10- REFERÊNCIAS.

- 1- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. Aspectos determinantes de adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade de saúde do interior paulista. J. health Sci. Inst.; v.30 n.3, p255-260, 2012.
- 2- ALVES, E. Acompanhamento de enfermagem aos idosos hipertensos: relato de experiência. InterScientia, João Pessoa, v.2, n.2, p. 3-015, maio/ago. 2014.
- 3- MINISTERIO DA SAÚDE. Caderneta de saúde da pessoa idosa. quarta-edição. p.48-54. 2017.
- 4- FILHA, F; NOGUERA, L; VIANA, L. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. Rev. Rene, Fortaleza, 2011.
- 5- SIMÃO, E; ALBUQUERQUE, ERDMANN, A. Atenção básica no brasil (1980-2006): alguns destaques. Rev. Rene. 2007.
- 6- Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343–50.
- 7- PINHEIRO, R. et. Al. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa Hiperdia. Cogitare Enferm. 2013. Jan/Mar; 18(1):78-83, 2013.
- 8- - Ballone, G. J. (2001). *Depressão no idoso*. Revisto em 2002. Disponível em: [www.psiqweb.med.br/geriat](http://www.psiqweb.med.br/geriat). Consultado em: 24/2/18.
- 9- -Depressão em idosos: os riscos e as armadilhas da doença nesta fase da vida. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/06/%20depressao-%20em-idosos-os-riscos-e-as-armadilhas-da-doenca-nesta-fase-da-vida-9806590.html>
- 10-- Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica". Disponível em: [departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/08-estresse.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/08-estresse.pdf).
- 11--Lima Coutinho, Maria da Penha. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos.2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712003000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200010)

- 12-- Promoção da saúde mental e prevenção das doenças mentais. Disponível em: <https://reflexoesdeumpsiqiatra.com/2016/10/21/promocao-da-saude-mental-e-prevencao-das-doencas-mentais/>
- 13-- ROSA FIGUEREIDO, KAMILLY. Depressão no idoso. Família e Sociedade 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2007/12/08/depress-o-no-idoso/>
- 14-- Representação da OPAS/OMS no Brasil lança fascículo sobre uso de medicamentos para casos de depressão em idosos. 2016. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5043:representacao-da-opas-oms-no-brasil-lanca-fasciculo-sobre-uso-de-medicamentos-para-casos-de-depressao-em-idosos&Itemid=838](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5043:representacao-da-opas-oms-no-brasil-lanca-fasciculo-sobre-uso-de-medicamentos-para-casos-de-depressao-em-idosos&Itemid=838).
- 15-- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINARIO NACIONAL DE DIVULGACAO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 2008. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)
- 16-- SAMARO, Sarita. Visita domiciliar: teoria e prática. 1ª ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014. Disponível em: <https://psicologianosuas.com/2017/04/05/visita-domiciliar-no-suas/>
- 17-- Cunha, C. L. F. & Gama M. E. A. A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. 2012. Disponível em: [http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_gerais/A\\_VISITA\\_DOMICILIAR\\_NO\\_MBITO\\_DA\\_ATENO\\_PRIMRIA\\_EM\\_SADE.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf)
- 18-- Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95.
- 19-- De-Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004.

20-- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol. 2. 2013. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf).

**ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.**



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**DIMINUIÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CONRADO ALVES GUIMARÃES, SANTA VITÓRIA  
DO PALMAR, R.S.**

**Dr. RAÚL AGUILERA PELÁEZ.**

**SANTA VITÓRIA DO PALMAR.**

**2017.**



## RESUMO.

As Doenças Cardiovasculares constituem a principal causa de morte no Brasil e no mundo, e a Hipertensão Arterial ocupa um lugar especial como fator de risco dessas doenças; a mesma é definida como uma elevação sustentada da pressão arterial sistólica de 140mmhg ou mais, e diastólica de 90mmhg ou mais. A Hipertensão Arterial tem uma ação importante em função cardiovascular com alto poder preditivo de morbimortalidade, adicionando aumento da incidência de doença isquêmica do coração. O presente trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para a redução da morbimortalidade de Doenças Cardiovasculares na ESF Conrado Alves Guimarães, Santa Vitória do Palmar, R.S. Propõe-se a realização de atividades com pacientes hipertensos y com outras Doenças Cardiovasculares no período junho/2017- maio/2018, atuando sobre os fatores de risco, para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, baseada na educação para a prevenção e promoção em saúde, e evitar complicações secundarias. Com os resultados obtidos a partir deste projeto espera-se estimular aos participantes da intervenção a aderir boas práticas no cuidado das Doenças Cardiovasculares, e modificação de estilos de vida para o melhor controle das mesmas.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial. Educação. Promoção e prevenção em saúde.

## SUMARIO.

1- Introdução .....	4
2- Problema .....	6
3- Justificativa .....	7
4- Objetivos. ....	8
4.1- Objetivo geral. ....	8
4.2- Objetivos Específicos. ....	8
5- Revisão da literatura .....	9
6- Metodologia. ....	13
7- Cronograma.....	15
8- Recursos necessários. ....	16
9- Resultados esperados.....	17
10- Referencias bibliográficas.....	18
11- Anexos.....	20

## 1- INTRODUÇÃO.

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte no Brasil, e embora em alguns países a mortalidade por essas doenças venha diminuindo nas últimas quatro décadas, o mesmo não é observado no Brasil. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como principal fator de risco para as DCVs, assume papel de grande importância em seu desenvolvimento, bem como nas comorbidades a elas relacionadas. Levando isso em consideração, conhecer os dados epidemiológicos referentes a HAS é de suma importância. Contudo, apesar dos avanços na obtenção de dados epidemiológicos no Brasil, observados nas últimas décadas, estudos sobre a HAS nessa área ainda são insuficientes e, em sua maioria, não representativos de toda a população brasileira (REVISTA HIPERTENSÃO, 2014).

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. Com frequência as doenças cardiovasculares levam a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes (SILVA, 2006).

As doenças cardiovasculares no Brasil representam 29% dos óbitos e, somente no mês de janeiro de 2017, foram responsáveis por mais de 30 mil mortes. No ano passado, segundo o Cardiômetro da Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC, foram 349.938 mortes estimadas. As doenças do coração matam duas vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que os acidentes e mortes decorrentes por violência, e 6 vezes mais que as infecções, incluídas as mortes por AIDS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Entre as principais causas das doenças cardiovasculares estão o tabagismo, a Hipertensão, estresse, colesterol alto, consumo exagerado de bebidas alcoólicas, a carga genética, e o excesso de peso. Os dados mostram que 15,8% dos brasileiros (cerca de 30 milhões) estão obesos. Muitas mortes decorrem da falta de informação, porque muitas

doenças são silenciosas, e o indivíduo vai ter contato com ela quando dá algum sinal. Os números são preocupantes, porque temos observado incidência em pessoas jovens que não se preocupam com isso e acabam surpreendidas (AGENCIA BRASIL, 2015).

Os efeitos dos fatores de risco podem aparecer por meio de sinais como pressão alta, glicose sanguínea elevada, grande número de lipídios no sangue, obesidade ou baixo peso. Segundo a entidade, a prática de 30 minutos de atividade física diária ajuda a prevenir esse tipo de problema. Outra orientação é consumir pelo menos cinco porções de frutas e vegetais por dia e reduzir o sal nos alimentos para menos de uma colher de chá por dia (PORTAL BRASIL, 2016).

Se os pacientes seguissem a prescrição de medicamentos indicados e controlassem os fatores de risco, grande parte das mortes seriam evitadas. A cada três receitas prescritas por cardiologistas, pelo menos uma não é seguida, o que significa que mesmo tendo recebido orientações médicas, muitos não seguem, expondo-se aos riscos das doenças. É importante que a população saiba que as doenças cardiovasculares, além das mortes, ainda incapacitam na faixa etária mais produtiva, cada vez mais os infartos tendem a afetar as pessoas mais jovens, o chamado infarto precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

## 2- PROBLEMA.

No município Santa Vitoria do Palmar, Rio Grande do Sul, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade; considerando-se tal quadro tornam-se básicas ações de diagnóstico e controle destas condições, através de seus fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde- SUS, especialmente no nível primário de atenção. A HAS constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representa agravos de saúde pública, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica.

Na área de abrangência existe uma alta morbimortalidade das doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de mortalidade do município e da ESF Conrado Alves Guimarães nos últimos anos, com uma população total de 2545 pessoas, das 322 pacientes com doenças cardiovasculares, dos quais são 284 hipertensos, com uma incorreta adesão ao tratamento medicamentoso, resistência a mudanças de hábitos de vida, aliado a fatores de risco cardiovasculares, e desconhecimento dos usuários sobre as complicações, que incrementam a incidência de essas doenças.

### 3- JUSTIFICATIVA.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil, justifica-se o tema pelo elevado índice desta doença e suas complicações assim como o aumento da mortalidade.

Os pacientes que não tem adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso podem sofrer consequências tais como descontrole dos níveis da pressão arterial, e aumento de complicações agudas e crônicas, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular encefálico, alterações cardiovasculares, e cerebrovasculares.

Toda a extensão do problema suscitado mostra a necessidade de um planejamento estratégico, e ações específicas da equipe de saúde da família, priorizando os grupos de alto risco, população mais sensível as complicações cardiovasculares. Neste sentido, neste trabalho busca-se a elaboração de um plano de ação baseado nos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Espera-se que o plano de ação proposto possa ser efetivado em conjunto a equipe de saúde, com a participação da comunidade, melhorando sua qualidade de vida.

#### 4- OBJETIVOS.

##### 4.1 Objetivo geral.

-Elaborar um plano de ação para a redução da morbimortalidade de doenças cardiovasculares, na ESF Conrado Alves Guimarães, Santa Vitória do Palmar, R.S.

##### 4.2 Objetivos específicos.

- Incrementar as medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.

- Promover práticas de vida saudável na população adstrita a ESF, sensibilizar os usuários com doenças cardiovasculares sobre hábitos alimentares saudáveis, e a prática de exercícios físicos.

- Estimular mediante ações educativas adesão ao tratamento medicamentoso, e não medicamentoso das doenças cardiovasculares e controle da HAS.

- Orientar sobre medidas de prevenção, detecção e controle dos hipertensos da área de abrangência.

## 5- REVISÃO DA LITERATURA.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas de Doenças Cardiovasculares, como ataques cardíacos e derrames. Essa é a causa número um em casos de óbito em todo o planeta. As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte na população brasileira, são responsáveis por pelo menos 20% das mortes em nossa população com mais de 30 anos de idade. Estudos anteriores mostram dados consistentes sobre tendência de queda na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil (PORTAL BRASIL, 2016).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) as Doenças crônicas não transmissíveis possuem uma etiologia com largas fases de latência, curso prolongado, entre elas encontram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (GOMES, 2013).

A HAS se caracteriza como a elevação mantida da pressão arterial por acima dos limites normais. De acordo com as diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial são declaradas como hipertensas as pessoas em que a pressão arterial sistólica atinge valores iguais ou superiores a 140 mmhg e cuja pressão arterial diastólica seja igual ou superior a 90 mmhg em duas ou mais aferições em que o paciente não faça uso de medicamento anti-hipertensivo (OLIVEIRA, 2014).

A HAS é a principal causa de mortes vitáveis em países em desenvolvimento assim como em todo o mundo, sendo classificada como um fator de risco modificável para o surgimento das doenças cardiovasculares e um dos mais relevantes problemas de saúde pública, em virtude de sua magnitude, dos riscos apresentados por ela e das dificuldades para o seu controle (CALAZANS, 2016).

Atualmente possui alta prevalência entre a população brasileira sendo que acomete uma porcentagem de 22 a 44% dos adultos, 50% ou mais nas pessoas com 60 anos, e até 75% nas pessoas com mais de 70 anos. Esta doença pode ou está diretamente ligada a alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo como coração, rins, artérias e encéfalo, e alterações de ordem metabólico elevando o risco de problemas cardiovasculares fatais ou não (BRASIL, 2013).



No Brasil, no ano 2008, as doenças crônicas foram responsáveis por 62,8% do total das mortes. As doenças cardiovasculares foram causadoras de 33% dos óbitos ocorridos no país. Ademais, essas doenças se caracterizarão como a primeira causa de hospitalização no setor público, e sendo responsáveis por 17% das internações de pessoas com idade entre 40-59 anos, e 29% de pessoas com 60 ou mais anos (OLIVEIRA, 2014).

Presume-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e cerca de 25% dos infartos acontecidos em pacientes hipertensos poderiam ser evitados com terapia anti-hipertensiva correta, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional, ou seja, com o controle da doença de forma efetiva e com eficiência. De acordo com o MS estão bem definidas quais ações de saúde devem ser estabelecidas para um controle eficiente desses agravos e de seus fatores de risco (CARBALLOSA, 2015).

A Hipertensão Arterial também se configura como uns dois principais problemas de saúde nas populações negras em todo o planeta. O Brasil possui a segunda maior população negra do mundo ficando atrás apenas da Nigéria. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2010 a população negra e parda representa 50,7% dos habitantes brasileiros. Em razão da constância das diversidades raciais, evidências sistemáticas mostram que as pessoas negras possuem maior tendência a adoecerem e a morrerem mais precocemente, e dentre as doenças que mais acometem a população negra, a Hipertensão Arterial se destaca, sendo cerca de duas vezes mais prevalentes em pessoas negras (BRASIL, 2013).

A modificação de hábitos de vida é uma ação que deve ser incentivada em todos em todos os pacientes hipertensos. Existem determinadas medidas que são comprovadas como benéficas para a diminuição da pressão arterial, dentre estas medidas estão: diminuição no peso, redução da ingestão de sal, álcool, e do tabagismo, e a realização de atividades físicas (CALAZANS, 2016).

A adesão a esses hábitos de vida favorece não só a redução dos níveis pressóricos mas também colabora para a prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão Arterial. Entretanto, presume-se que somente um terço dos hipertensos

acompanhados em serviços de saúde possua sua pressão arterial conservadas em níveis desejáveis e essa adesão insuficiente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é indicada como um dos importantes causadores das complicações dessa enfermidade (OLIVEIRA, 2014).

O exercício físico pode apresentar efeito hipotensor relevante, desde que realizado com bom planejamento e com orientação adequada, levando em conta também a sua duração e intensidade. Em estudos epidemiológicos tem-se evidenciado a ligação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico ruim com a presença da Hipertensão Arterial (PEIXOTO, 2014).

As mudanças de hábitos em referência no que tange o consumo de álcool e uso de fumo são resultados difíceis de serem atingidos em curto prazo, por esse motivo, é primordial a continuidade de ações que fornecem a relevância e os benefícios desses comportamentos. A ingestão de álcool por prolongados períodos de tempo pode elevar a mortalidade por doenças cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o uso excessivo de etanol se relaciona com a ocorrência de HAS de maneira independente das particularidades demográficas (OLIVEIRA, 2013).

O risco ligado ao tabagismo é proporcional à quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser mais elevado em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi relevantemente mais elevada de quem em hipertensos não fumantes, mostrando assim o importante efeito hipertensivo transitório causado pelo fumo (PEIXOTO, 2014).

Pesquisas confirmam que quanto maior o excesso de peso, maiores são os níveis pressóricos. Estudo de orientação educacional, desenvolvido com pacientes hipertensos tem mostrado que diminuição da circunferência abdominal e do IMC apresenta como consequência a redução de níveis pressóricos. Contudo a manutenção dessas medidas e do peso corporal não é uma coisa fácil, dessa forma, é preciso manter os hábitos saudáveis, com a adoção de uma dieta adequada e a prática regular de atividades físicas (OLIVEIRA, 2013).

A orientação de medidas terapêuticas não farmacológicas contribui no entendimento das doenças cardiovasculares, no incentivo a aquisição de hábitos saudáveis, na avaliação dos sinais e sintomas, na importância de mudança no estilo de vida, e na utilização de medicamentos e seus efeitos adversos, assim como para o incentivo à participação dos pacientes em programas de autocuidado (BEZERRA; VEIGA, 2013).

A educação em saúde objetiva em sua magnitude colaborar com melhorias nas condições de saúde das sociedades. Desta maneira, a educação em saúde está estreitamente ligada com a aprendizagem destinada a alcançar a saúde, que se introduz na realidade encontrada na população. A educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, promovendo oportunidade do indivíduo pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio modificar sua realidade (KERBER, 2015).

As abordagens de diferentes estratégias usadas por uma equipe multidisciplinar, como as ações de educação em saúde, favorecem a adesão ao tratamento às mudanças nos hábitos de vida. Além de oferecerem informações essenciais ao tratamento medicamentoso, essas ações devem estimular o paciente a ter uma auto percepção sobre a doença e a responsabilidade dele sobre seu tratamento (CALZANS, 2016).

As equipes da saúde da família apresentam as melhores condições para estimular a adesão ao tratamento de patologias cardiovasculares, pois incentivam o bom relacionamento do usuário com o profissional de saúde. As ações educativas proporcionadas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e permitem as debates e orientações sobre a adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA, 2013).

## 6. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um projeto que contempla uma proposta de intervenção para estudar os pacientes com diagnóstico de doenças cardiovasculares, e elaborar um plano de ação, (quadro 1), para a redução da morbimortalidade destas doenças.

O cenário de execução deste Projeto de Intervenção será a ESF Conrado Alves Guimarães, do município Santa Vitoria do Palmar. Rio Grande do Sul.

Este município está localizado no extremo sul do estado, possui uma população de 31352 habitantes conforme com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia de 2010.

A unidade da ESF Conrado Alves Guimarães está situada no bairro Brasiliano, inaugurada no ano 2011, com condições adequadas para o atendimento da população coberta de 2545 pessoas, e a área física é bem aproveitada.

O presente plano de intervenção contará necessariamente com o envolvimento de usuários e profissionais da ESF Conrado Alves Guimarães, com um total de 322 pessoas com doenças cardiovasculares, e 1584 pessoas com idades de 15 e mais anos.

A equipe multiprofissional é composta por duas (2) técnicas de enfermagem, duas (2) enfermeiras, dois (2) agentes comunitários de saúde, uma (1) nutricionista, um (1) fisioterapeuta, uma (1) odontóloga, e um (1) médico. O trabalho será realizado na ESF durante as consultas, visitas domiciliares, e atividades educativas grupais.

Será realizada a capacitação da equipe que trabalha no posto de saúde, o planejamento e a execução das ações terão a colaboração e envolvimento de todos os profissionais da ESF.

As palestras serão realizadas no posto de saúde e na comunidade, fazendo recomendações para modificar o estilo de vida para um mais saudável, e contribuirão para elevar a qualidade de vida da população, tendo como objetivos:

- Redução do peso corporal: manter um índice de massa corporal entre 18.5 e 24.9.
- Dieta DASH, adotar uma dieta rica em frutas e vegetais, e consumir alimentos com baixo conteúdo grasso.

- Moderar o consumo de álcool: não ingerir mais de 2 tragos por dia, ou 30 ml de etanol, 300 ml de vinho, ou 500 ml de cerveja, em mulheres as pessoas delgadas a ingestão deve ser a metade do mencionado.

- Suspender o Habito de Fumar

- Realizar atividade física aeróbica de forma regular pelo menos 30 minutos 4 vezes por semana.

As divulgações das Doenças Cardiovasculares serão feitas com o suporte na comunidade, fazendo atividades de orientação destas doenças, e assim lograr diminuir a prevalência das mesmas. O tratamento farmacológico encaminhado fundamentalmente a redução da Hipertensão Arterial, tratamento para fatores de risco, e outras doenças crônicas, e conseguir o apego terapêutico do paciente, evitando complicações sérias, ou fatais.

O planejamento e a execução das ações terão a colaboração e envolvimento de todos os profissionais da ESF Conrado Alves Guimarães, e serão desenvolvidos de acordo ao plano de ação (quadro 1).

## 7. CRONOGRAMA.

ATIVIDADES	2017						2018					
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai
Elaboração do plano de ação	X	X	X									
Capacitação dos profissionais envolvidos no estudo.			X									
Elaboração do TCC			X	X	X	X						
Apresentação do plano de intervenção à equipe da ESF.							X					
Palestras, vídeos, e outras atividades de promoção da saúde.							X	X	X			
Avaluar efectividad do plano									X	X		
Mostrar os resultados obtidos a EBS											X	
Expor o relatório na Secretaria Municipal de Saúde.												X

## 8. RECURSOS NECESSARIOS.

Recursos Humanos	Quantidade
Médico	1
Odontólogo	1
Enfermeira	1
Técnica de Enfermagem	1
Agente Comunitario de Saúde	1
total	5

Recursos materiais		
Computador	1	1600.00
Impresora	1	400.00
Resma de papel A4	1	15.00
Caixa de Canetas	1	20.00
Cartolinas	10	4.00
Cadernos	2	6.00
Data Show	1	1200.00
Total	17	3245

## 9. RESULTADOS ESPERADOS.

Com o presente estudo espera-se que os pacientes com Doenças Cardiovasculares atendidos na ESF Conrado Alves Guimaraes melhorem a qualidade de vida, diminuir a incidência destas doenças, mediante mudanças no estilo de vida, e o controle de fatores de risco, aumentar o conhecimento da importância da prática de exercícios físicos, manter uma dieta saudável, com o aumento de consumo de legumes y peixes, eliminar alimentos gordurosos e o consumo de sódio, diminuir o consumo de álcool, tabaco, y psicotrópicos, y manter os tratamentos adequados a suas necessidades individuais.

Espera-se que ao final da execução do projeto, possam aplicar o conhecimento recebido, diminuindo as Doenças Cardiovasculares, assim como suas principais complicações, manter a prevenção de outras, e motivar a população para assistir ao Posto de Saúde para controle y prevenção nos indivíduos com fatores de riscos cardiovasculares.

Diante do exposto conclui-se que a comunidade brasileira precisa adotar uma postura de conscientização e valorização da prevenção; e que as entidades cuja missão incorpora responsabilidade social, investem recursos na área da saúde, para estender a longevidade dos brasileiros.



## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. Aspectos determinantes de adesão ao tratamento de hipertensão e Diabetes em uma Unidade de saúde do interior paulista. J. Health Sci. Inst.; v.30, n.3, p.255-60,2012.

BEZERRA, S. M. M.; VEIGA, E. V. Qualidade de vida entre pessoas com Hipertensão Arterial atendidos em unidades de estratégias de saúde da família. Rev. Enferm. UFPE online, Recife, PE, v.7, p7055, 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Cadernos de Atenção Básica, n.37, p 128, 2013a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. Ed: Editora do Ministério da Saúde, Brasília, p.36, 2013b.

BRASIL. Diário de Pernambuco. OMS alerta que mortes por cigarro aumentaram para 7 milhões por ano. 2015. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br>.

CALAZANS, L. B. S. Adesão às mudanças no Estilo de Vida em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica Primária e/o Diabetes Mellitus tipo 2: proposta para a USF Olavo Calheiros, Rio Largo-Alagoas. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Saúde da Família, p.34, 2016.

CARBALLOSA, D. S. Plano de ação para controle da Hipertensão Arterial na Equipe de Saúde da Família da UBS José Egídio dos Santos, Campo Alegre, AL. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização em Saúde da Família. Maceió, Alagoas, p.51, 2015.

GOMES, J. I. Melhoria de adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues, BA. Universidade Aberta do SUS. R.S. 2013.

KERBER, J. L. Educação em Saúde: a influência das orientações recebidas no serviço público de saúde no comportamento dos pacientes hipertensos. Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. UNIJUI, DHE: Departamento de Humanidades e Educação, 2015.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P. FERNANDES, O. S.; CALÇDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial. Acta Paul Enferm. v. 26, p. 179-84, 2013.

OLIVEIRA, P. S. P. Adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus: um trabalho em conjunto. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, p. 22, 2014.

PEIXOTO, D. C. S. Fatores de risco para Hipertensão Arterial inseridos no estilo de vida da população: Uma revisão bibliográfica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, S. C., p. 18, 2014.

PORTAL BRASIL. Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem de Doenças Cardiovasculares todos os anos. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br>.

REVISTA HIPERTENSÃO. Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil. Vol. 17, n. 3-4, Julho/ Dezembro, 2014. Disponível em: [http://www7. Bahiana.edu.br](http://www7.Bahiana.edu.br).

RODRIGUEZ, M. G. Hipertensão Arterial: plano de intervenção para reduzir os fatores de risco na ESF Maria Venâncio Nacip Raydan. Universidade federal de Minas Gerais. Governador Valadares, MG,2015.

SANTOS, C. L. Adesão às mudanças no estilo de vida em portadores de Hipertensão Arterial. Universidade Federal de Minas Gerais. Campus Gerais- MG, 2016.

SILVA, S. L. Proposta de Intervenção para mudança de hábitos de vida após o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica em usuários cadastrados na ESF da zona rural de poucos de Caldas, MG. Universidade Federal de Minas Gerais. MG, 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGÍA. Doenças Cardiovasculares mata mais de 30 mil pessoas só em janeiro de 2017. 2017. Disponível em: <http://portalfmb.org.br>.

## 11. ANEXOS.

### **ANEXO 1: CONSENTIMENTO INFORMADO.**

**Título do estudo:** DIMINUIÇÃO DA MORBIMORTALIDADE DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF CONRADO ALVES GUIMARÃES, SANTA VITÓRIA DO PALMAR, R.S.

**Enquadramento:** ESF Conrado Alves Guimarães.

**Explicação do estudo:** O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo intervenção, de abordagem qualitativa, que será realizado na ESF Conrado Alves Guimarães, do município Santa Vitoria do Palmar, Rio Grande do Sul. Com o objetivo de elaborar um plano de ação para a redução da morbimortalidade de Doenças Cardiovasculares.

**Condições e financiamento:** Estudo autofinanciado pelo médico da ESF, com a participação voluntaria dos pacientes, os quais se quiser retirar-se do mesmo, ou não participar podem negar-se a participar do estudo.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recoletados serão confidenciais e de uso exclusivo do estudo, não serão recoletados dados de identificação dos participantes, os contatos serão feitos em ambiente de privacidade, e estará garantido o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Assinatura/s de quem pede consentimento:** ... ..

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:** ... .. **Assinatura:** ... .. **Data:** ..... /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS /S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Quadro 1: Plano de ação para intervenção.

<b>Plano de ação</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Recursos</b>
Capacitação da equipe sobre Doenças Cardiovasculares, e mudanças do Estilo de Vida.	Elaborar atividades educativas sobre fatores de risco de Doenças Cardiovasculares. -Desenvolver roteiro para capacitar os demais membros da equipe de saúde. Apresentação de multimídias sobre obesidade, tabagismo, dieta e exercícios físicos.	Médico e Enfermeira.	Espaço físico da ESF. Conrado Alves Guimarães. Materiais educativos e audiovisuais.
Orientar a população da importância de exercícios físicos, alimentação saudável, e adesão ao tratamento medicamentoso.	Realizar palestras com orientações sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável e adesão ao tratamento medicamentoso.	Médico e Enfermeira.	Salão de reunião da ESF Conrado Alves G. Materiais educativos e recursos audiovisuais.
Conscientizar a população da importância da prevenção, e do tratamento para evitar complicações.	Orientar durante as visitas domiciliares sobre a melhor forma de preparar os alimentos, evitar o consumo de álcool, cigarro, e diminuição do consumo de sódio. Assim como manter uma dieta saudável.	Agente Comunitário de Saúde.	Materiais educativos, folhetos, trípticos.
Orientar assistir regularmente a consultas programadas, manter peso adequado, y adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	Discussões com grupos de 20 pessoas sobre as dificuldades e dúvidas acerca de hábitos saudáveis de vida. Apresentar vídeos sobre prevenção, tratamento, e complicações das Doenças Cardiovasculares.	Médico e Enfermeira.	Salão de reunião da ESF Conrado Alves G. Materiais educativos e audiovisuais.

# ESF. Conrado Alves Guimarães.

