

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

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Portfólio

Tutor: Patrícia Maria Barros Thomas.

Autor: Yanelis Soto Suárez.

**Amazonas - Parintins.
Julho – 2017**

SUMÁRIO

1. Atividade1 do Portfólio- Introdução	3
2. Atividade2 do Portfólio- Estudo de caso clinico.....	5
3. Atividade3 do Portfólio- Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção	12
4. Atividade4 do Portfólio- Visita Domiciliar/Atividade no domicílio	17
5. Atividade5 do Portfólio- Reflexão Conclusiva	21
6. Referências Bibliográficas	24
7. Anexo1- Projeto de Intervenção	25

ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO. INTRODUÇÃO

Meu nome é Yanelis Soto Suárez, tenho 38 anos, sou estrangeira de nacionalidade cubana, comece meus estudos universitários no ano 1998 na Universidade de Ciências Médicas #1 de Santiago de Cuba. Forme-me como Médico Geral Básico no ano 2004; realize pós-graduado em Anestesia e Reanimação cardiopulmonar no ano 2005; preste serviço médico em Venezuela no período de 2006 a 2010, onde também foi responsável pela formação dos estudantes de Medicina Integral Comunitária (MIC); conclui a especialização em Medicina Geral Integral Grau I no ano 2008; neste momento integro o Programa Mais Médicos desde o mês de julho de 2016, em o Município Parintins do estado Amazonas.

Em este Município me desenvolvo há cerca de um ano, estou lotada na Unidade Básica de Saúde Aldenor de Souza Alves, localizada na rua Fausto Balcão s/n, no centro do bairro São Vicente de Paula, a qual possui prédio próprio inaugurado em 16 de outubro de 2016, nossa UBS tem duas Equipes de saúde da família que prestam atendimento a um total de 1478 famílias e uma população de 6754 pacientes, (SESAM,2013). A proposta principal da UBS é oferecer atendimento de qualidade, lograr uma maior resolutividade na atenção básica de modo a facilitar o acesso da população e descongestionar o fluxo de pacientes nos principais hospitais da cidade evitando o colapso dos serviços.

Eu me desempenho como medica da equipe #11 que tem 9 micro áreas todas cobertas com Agentes Comunitários neste momento, consideradas de risco devido a que as maiorias das famílias que aqui moram apresentam baixo nível sócio econômico, saneamento básico inadequado, dificuldade na infraestrutura urbanística causada fundamentalmente pelas invasões, ausência de sistema de drenagem nas ruas, o que favorece o acúmulo de água quando chove e a proliferação de vetores como o mosquito.

A população atendida por minha equipe está organizada em 620 famílias com um total de 3168 usuários, deles 1745 pertencem ao sexo feminino e 1423 ao sexo

masculino, segundo os dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde de Parintins.

No território próximo à UBS há uma igreja católica e duas evangélicas, três escolas públicas, duas creches, vários comércios e uma área para esporte, que serve de rede de apoio a comunidade. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemias, Infecções do trato urinário, afeções respiratórias, doenças de transmissão sexual e os processos do aparelho digestivo como úlceras e gastrite.

O título do Projeto de intervenção é: Intervenção educativa sobre fatores de risco e estilos de vida na prevenção da Gastrite da população da UBS Aldenor de Souza. O objetivo deste estudo é desenvolver ações de educação em saúde sobre os fatores de riscos e o estilo de vida na prevenção da gastrite; promover um maior conhecimento desta doença pela comunidade para assim lograr melhorar a qualidade de vida da população.

A problemática foi escolhida devido à demanda grande de pacientes que procuram atendimento diariamente no posto referindo apresentar dor e queimação no estômago, muitos deles não conhecem os fatores de risco das doenças gastrointestinais e apresentam em sua maioria esta doença por conta dos estilos de vida inadequados, a falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e o desconhecimento das medidas de proteção são evidentes durante as consultas.

ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO. ESTUDO DO CASO CLINICO

Acompanhamento pela equipe de saúde no 11 UBS Aldenor de Souza Alves
Dados gerais: Paciente GPO de 50 anos de idade, feminina, branca, casada, natural e residente na cidade de Parintins, católica praticante, vendedora em um mercadinho popular.

- Antecedentes patológicos pessoais: Diabetes Mellitus tipo II, obesidade.
- Antecedentes patológicos familiares: Pai vivo / Hipertensão arterial sistêmica
Mae falecida há 5 anos /diabética
Irmã maior viva /Diabetes Mellitus.
- Hábitos tóxicos: Não fuma, nega uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.
- Não tem reação alérgica a medicamentos, nega transfusões sanguíneas.
- Cirurgias: Cesariana (2).

História psicossocial: A paciente mora com seu esposo JGS de 57 anos, motorista, com histórico de HAS, com eles mora a filha maior deles, de 37 anos, professora de ensino primário que está divorciada e tem uma filha de 6 anos, mora também na casa o outro filho da senhora GPO, um jovem de 21 anos, segurança da empresa ELECTROBRAS. A casa tem boas condições estruturais e higiênicas, tem água potável, energia elétrica e esgotamento sanitário adequado, não tem animais domésticos; existe bom relacionamento familiar e todos colaboram para a manutenção da família.

Primeira consulta:3/04/2017

Dados de triagem: Peso: 89 Kg Altura: 1,64 metro PA: 120/80 mmHg

Glicemia de jejum feita na UBS com glicômetro :218 mg/dl

Paciente com histórico de Diabetes Mellitus tipo II há 5 anos atrás, obesa, tratada com metformina (500mg) 1 comprimido antes de café da manhã, refere que não faz tratamento direitinho pois em muitas ocasiões se esquece e em outras sente azia e desconforto no estômago quando toma o remédio, não faz restrições alimentares nem atividade física regular. No dia 3 /04 /17 a paciente a consulta e relata há uma

semana atrás apresenta urinas frequentes, tontura e muita sede, nega outras queixas.

➤ Exame físico:

Paciente com bom estado geral, hidratada, que deambula sem dificuldade, cujo rosto e marcha não lembra processo neurológico.

Peso: 87 Kg Altura: 1,64 m CA: 118 cm

Estado Nutricional: IMC: 32,4 (obesa)

Temp.: 36,2 PA: 120/80 mmHg

Mucosas: normocoradas e úmidas.

Pele: Integra, com temperatura e sensibilidade conservada, com turgor normal, sem lesões.

Cavidade oral: Arcada superior e inferior incompleta, língua de aspecto normal.

Exame cardiovascular: Área cardíaca normal, Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros, FC:82bpm PA: 120/80 mmHg. Pulsos periféricos: presentes e sincrônicos.

Aparelho Respiratório: Não dispneia, murmúrio vesicular conservado, sem ruídos agregados. FR:20 rpm.

Abdômen: Globuloso, presença de cicatriz cirúrgica de cesariana, RHA normais, depressível, não doloroso á palpação superficial nem profunda, ausência de visceromegalia e tumor.

SNC: Consente, orientada no tempo, o espaço e pessoa, sem sinais de focalização neurológica.

Extremidades inferiores: não dilatações venosas. Pulsos palpáveis e sincrônicos em ambos membros. Exame dos pés normal.

TCS: Não infiltrado pelo edema

➤ **Hipótese diagnóstica:** Diabetes Mellitus tipo II descontrolada

Obesidade

➤ **Conduta:**

Mantenho o tratamento com metformina, renovo receituário, insisto na importância de fazer o tratamento nos horários certos e após as refeições para melhorar os sintomas digestivos e prevenir doenças gastrointestinais como a gastrite.

Oriento realizar uma dieta balanceada, comer pelo menos de 3 em 3 horas e em quantidades menores; evitar alimentos com elevado teor de gordura; consumir preferentemente leite e derivados desnatados, carnes grelhadas, assadas ou cozidas sem adição de óleo; aumentar a ingestão de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais já que eles contêm fibras que fazem que a glicose vá para o sangue mais lentamente, o que ajuda no controle da glicemia, contribuem para a saciedade e ajudam no bom funcionamento intestinal ;substituir o açúcar do café, do suco e do chá por um adoçante de preferência não-calórico, à base de sacarina, sucralose, ou stévia.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES ,2009).

Oriento a prática de atividade física regular como mínimo três dias por semana durante 30 minutos pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (CAB No16). Decido indicar exames de controle: Hemograma completo, Glicemia de jejum, hemoglobina glicada, lipidograma; Ureia, creatinina sérica, ácido úrico, Exame qualitativo de urina.

- Indico controle glicêmico três vezes na semana.
- Encaminho à nutricionista do NASF para receber orientações quanto ao plano alimentar adequado para lograr controle do peso.
- Encaminho ao Oftalmologista para exame oftalmológico e fundo de olho.
- Encaminho para Odontologista
- Oriento sobre o autocuidado dos pés.
- Recomendo participar do grupo de Hiperdia da UBS.
- Insisto em comparecer as consultas agendadas para acompanhamento e evitar as complicações microvasculares e macro vasculares do paciente diabético, explicando para ela qual são aquelas complicações.
- Oriento o retorno a consulta em 10 dias.

Segunda consulta:13/04/2017

Dados da triagem: Peso:86,7 Kg Altura: 1,64 m PA: 120/70 mmHg

Glicemia de jejum hoje :164mg/dl.

A paciente retorna à consulta e refere ainda mantém a tontura, os outros sintomas melhoraram, agora fica preocupada porque só conseguiu baixar 0,3 kg em 10 dias a pesar de estar cumprindo com o tratamento direitinho, fazendo caminhadas, e seguindo as orientações da nutricionista, trouxe os resultados dos exames solicitados anteriormente e controle glicêmico. Açoude a consulta com odontologista onde recebeu orientações e tratamento profilático. Foi agendada consulta com oftalmologista para o mês próximo.

➤ Exames complementares:

- Hb:12,5 g/dl Hematócrito:37%
- Leucograma normal
- Glicemia:168 mg/dl
- Hemoglobina glicada :7,5 %
- Colesterol total: 182 mg/dl
- LDL:127 mg/dl
- HDL:34 mg/dl
- Triglicerídeos: 90 mg/dl
- Ureia: 25 mg/dl
- Creatinina: 0,9 mg/dl
- Ácido úrico: 3,1 mg/dl
- EQU: Píocitos 3p/c, hemácias 1p/c

Controle glicêmico:

5/04/17----- glicemia de jejum 188 mg/dl

7/04/17----- glicemia de jejum 194 mg/dl

10/04/17----- glicemia de jejum 176 mg/dl

12/04/17----- glicemia de jejum 185 mg/dl

➤ **Hipótese diagnóstica:**

Diabetes Mellitus tipo II descontrolada, Obesidade

➤ **Conduta:**

- Oriento quanto os resultados dos exames.

Segundo as diretrizes da sociedade brasileira de diabetes o plano alimentar adequado prevê uma redução de peso sustentável de 5 a 10 % de peso corporal inicial e as perdas ponderais nos pacientes obesos é de 0,5 a 1kg/semana por isso explico a paciente não se desespera em quanto a perda de peso, que deve ser de

forma gradual e insisto na importância de manter as mudanças dos estilos de vida, alimentação adequada, prática de exercícios físicos, evitar o fumo, o excesso de álcool e manter acompanhamento com a nutricionista.

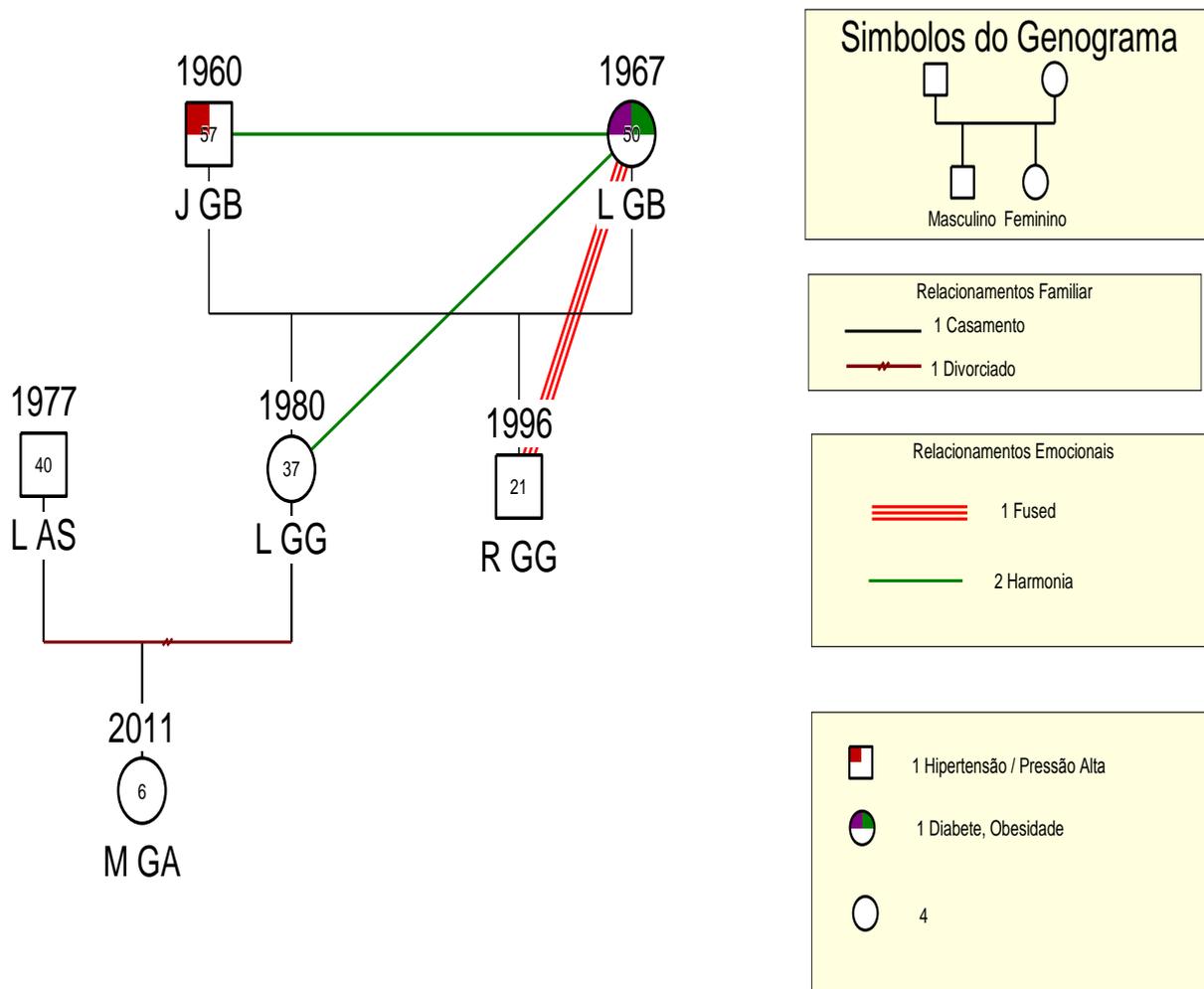
- Decido aumentar a dosagem de metformina (850 mg) 1 comprimido após almoço.

Segundo o preconizado no caderno de atenção básica, No.36 Recomenda-se iniciar metformina em doses baixas (500 mg ou 1/2 comprimido de 850 mg), única ou duas vezes ao dia, durante ou após as refeições (café da manhã e/ou jantar) para prevenir sintomas gastrointestinais. Após cinco a sete dias, caso não surjam efeitos adversos, a dose poderá ser aumentada para 850 mg a 1.000 mg ao dia.

- Continuar o controle glicêmico de igual forma para avaliar na próxima consulta.
- Agendo consulta em 15 dias.

Visita domiciliar 20/04/2017

Foi realizada uma visita conjunta com agente comunitário, enfermagem e médica pois a paciente não estava assistindo ainda ao grupo de diabéticos e precisávamos monitorar o cumprimento do tratamento. Realizamos glicemia capilar e o resultado foi de 136 mg/dl. Insisto em manter as MEV. Aproveitamos para montagem do Genograma da família.



Terceira consulta:27/04/2017

Dados da triagem:

Peso:85,5kg Altura: 1,64 m PA: 110/80 mmHg

Glicemia de jejum hoje 122 mg/dl.

A paciente volta à consulta novamente, sem queixas, fazendo uso regular do tratamento indicado, refere funções fisiológicas normais, se alimenta bem.

- Ao exame físico: Bom estado geral, orientada, bem hidratada, afebril ao toque. Mucosas normocoradas e úmidas.

Exame cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, 84 bpm, sem sopros.

Respiratório: FR: 18 rpm, não dispneia, murmúrio vesicular normal, sem ruídos agregados.

Abdômen: Ruídos hidroaéreos normais, não dor à palpação, não visceromegalia.

SNC: Sem alterações.

TCS: Sem edemas.

Controle glicêmico:

15/04/17----- glicemia de jejum 132 mg/dl.

18/04/17----- glicemia de jejum 116 mg/dl.

20/04/17----- glicemia de jejum 128 mg/dl.

22/04/17----- glicemia de jejum 132 mg/dl.

25/04/17-----glicemia de jejum 126 mg/dl.

Está aguardando para consulta com oftalmologista o dia 4/5/17.

A paciente aderiu ao seu tratamento, foi alcançada a meta de controle de glicose desejada, conseguiu diminuir 1,5 Kg em acompanhamento pela Nutricionista, fica contenta com sua participação no grupo de diabéticos da UBS, pois diz que adquiriu novos conhecimentos sobre sua doença e como prevenir algumas complicações, dou orientações gerais, indico hemoglobina glicada e trazer seu resultado na próxima consulta de acompanhamento a os três meses.

ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

As atividades de promoção e prevenção de saúde são de vital importância na atenção básica, a prática da medicina preventiva é nossa principal estratégia como médico de comunidade; oferecer atendimentos de qualidade, incentivar as mudanças comportamentais em determinados hábitos e estilos de vida, a prevenção de agravos, a vigilância em saúde e garantir a resolução dos problemas na base são nossa razão de ser. Infelizmente um ano atrás ao chegar ao município Parintins onde atuaria como médica do Programa Mais Médicos existiam muitas dificuldades para levar a cabo estas ações ,por exemplo: nossa UBS Aldenor De Souza Alves ficava em um local adaptado, extremadamente pequeno, localizado longe da população de abrangência, minha equipe levava mais de 8 meses sem médico, tínhamos 2 micro áreas descobertas sem ACS, não existia um cadastro atualizado dos pacientes com doenças crônicas nem dos programas priorizados ,existia um subregistro das doenças transmissíveis e de notificação compulsória ,não existia apoio Inter setorial suficiente nem pela administração municipal ;ao princípio a tarefa não foi fácil pero com a ajuda da equipe toda logrei obter as informações e conhecer minha comunidade ,identificar as áreas mais vulneráveis, os principais fatores de risco e as doenças mais frequentes, em fim realizar um diagnóstico situacional básico para poder encaminhar as ações de promoção e prevenção de saúde aos problemas e vulnerabilidades identificadas .

Entre as ações desenvolvidas pela equipe enquanto ao pré-natal estão:

- O trabalho sistemático na informação das mulheres em idade reprodutiva sobre a importância do período pré-natal, insistindo na captação precoce e assistência as consultas programadas.
- Acompanhamento das grávidas através das visitas domiciliares, aproveitando para fazer abordagem familiar, conhecer as costumes e normas de convivência, estrutura, funcionamento e apoio familiar além das condições do saneamento ambiental.
- Fomentamos a participação do casal nas consultas com a finalidade de promover a maternidade e paternidade responsável.

- Orientamos em cada cenário sobre a dieta saudável, cuidados da higiene, importância da realização em tempo dos exames complementares e a ultrassonografia obstétrica, manter a carteirinha de vacinação atualizada, medidas de prevenção de doenças infecciosas, importância do parto intrahospitalario, aleitamento materno exclusivo e cuidados ao recém-nascido.
- Promoção da saúde bucal, referenciamos a gestante para atendimento odontológico.
- Fazemos encaminhamento para o pré-natal de risco e Inter consultas com especialistas da atenção secundária.
- Realizamos atividades com os grupos de gestantes dentro e fora da unidade, onde aproveitamos para brindar informações sobre a gravidez, os riscos materno-fetal, os direitos e benefícios em relação à maternidade, esclarecer dúvidas garantindo que elas se sentam com confiança e apoiadas pela equipe e possam conduzir com mais autonomia a gestação e o parto.
- Habilitamos de conjunto com a redes de comunicação social e a administração municipal um espaço na rádio de município, onde os profissionais da equipe, uma vez ao mês, oferecemos informações, damos entrevistas e compartilhamos experiências sobre os cuidados da gravidez e a importância do pré-natal.

Além das ações antes expostas de acordo ao preconizado no CAB No. 32. (Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco) a equipe brinda um atendimento pré-natal de qualidade, continuado, integral e multidisciplinar, solicitamos e avaliamos os exames laboratoriais, prescrevemos suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico para profilaxia da anemia e orientamos à gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso.

Enquanto à puericultura

- Incentivamos as mães a procurar atendimento médico na criança saudável não só quando fica doente, reforçando a importância da consulta de puericultura.
- Orientamos desde a gravidez sobre a importância dos cuidados ao recém-nascido e a realização da triagem neonatal.

- Realizamos aconselhamento, incentivo e manutenção do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, fazemos demonstrações sobre as técnicas corretas de amamentação, contamos com grupos de apoio ao aleitamento materno e luta contra o desmame precoce.
- Ampliamos a cobertura vacinal para as crianças, fazemos campanhas de vacinação nas escolas. Orientamos as mães sobre a importância da vacinação além da disponibilização das vacinas na unidade para um melhor acesso.
- Promovemos a segurança e a prevenção de acidentes.
- Oferecemos às mães informações sobre a prevenção das doenças mais comuns das crianças como as infecções respiratórias, as parasitoses e as diarreias; também orientamos e demonstramos para elas os exercícios para a fimose.
- Realizamos campanhas de aplicação de flúor nas escolas e atendimento odontológico para promoção da saúde bucal.
- Vigilamos o estado nutricional das crianças, incentivando ao consumo de alimentos nutritivos especialmente leite, carnes, frutas, legumes e verduras que constituem fontes de ferro; vitamina C, iodo, cálcio e vitamina A além de prescrever a suplementação de ferro.
- Acompanhamento pela nutricionista do NASF dos casos de desnutrição ou obesidade infantil.
- Criamos um grupo de adolescentes onde se realizam dinâmicas de grupo, trocas de experiência, se abordam temas importantes como a prevenção de ITS, prevenção da gravidez na adolescência, violência, abuso de drogas entre outros.
- Os ACS realizam a busca ativa de crianças faltosas reforçando a importância da assistência às consultas programadas.

Também de acordo ao preconizado no CAB No. 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento) fazemos acompanhamento da puérpera e da criança após alta hospitalar através das visitas domiciliares e as consultas programadas na UBS; realizamos monitorização do crescimento e acompanhamento do desenvolvimento infantil mediante a avaliação das habilidades motoras, cognitivas, comunicação e interação social orientando as mães como estimulá-lo.

Enquanto a saúde mental podemos dizer que desafortunadamente ao princípio de começar a trabalhar em minha unidade os pacientes só acudiam ao posto para renovar as receitas dos medicamentos controlados e procurar medicamentos para dormir, muitos deles são moradores de rua, abandonados pela família e excluídos pela sociedade. Entre as ações de promoção e prevenção que realizamos para reverter esta situação e melhorar a qualidade de vida dos usuários estão: Estimulamos a participação dos pacientes e seus familiares nas atividades educativas programadas pela equipe; realizamos um bom acolhimento e um atendimento sem preconceitos, sem confrontação e compreensivo com o objetivo de ganhar a confiança para facilitar a entrevista e uma avaliação integral dos pacientes ; orientamos durante as consultas sobre o uso adequado dos medicamentos, a higiene, hábitos e estilos de vida saudáveis, como evitar o estresse, depressão, ansiedade; realizamos visitas domiciliares para identificar no médio os fatores de riscos associados; brindamos psicoterapias em grupo com ajuda da equipe interdisciplinar de saúde mental; solicitamos avaliação por Psicologia ou Psiquiatria em caso de ser necessário, contamos com um CAPS no município que apoia nosso trabalho .

Outra ação educativa que trouxe muitos benefícios para a saúde da comunidade foi a realizada com os usuários diabéticos da área de abrangência já que logramos atualizar o cadastro das doenças crônicas, as fichas do atendimento individual e a família, uma regularização no acompanhamento dos pacientes ,incorporar à maioria deles ao grupo de HIPERDIA da área, realizamos caminhadas na Praça "Dos Bois "semanalmente nas quartas de tarde fomentando a prática de exercícios físicos regulares e um estilo de vida sano; aproveitamos todos os espaços para fazer palestras sobre temas como prevenção do tabagismo, obesidade, cuidados dos pés, medidas de autocontrole metabólico e prevenção das complicações macro e microvasculares, entre outros de interesse. Também realizamos outras atividades educativas como dinâmicas de grupo e rodas de conversa com o apoio dos profissionais do NASF.

Considero que o trabalho educativo desenvolvido pela equipe durante este ano foi positivo, as ações de promoção e prevenção da saúde feitas em todos os

cenários cumpriram as expectativas; as mudanças nos estilos de vida, uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, uma maior credibilidade da população na prevenção primária e os resultados dos indicadores de saúde da UBS assim o confirmam. Ainda temos muito trabalho pela frente, mas com constância e sistematicidade continuaremos mudando nossa realidade.

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

A visita domiciliar é uma ferramenta muito importante na atenção básica, uma oportunidade única que a ESF tem de interagir com a população e conhecer a realidade objetiva, que muitas vezes nem acreditamos que existe.

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (Brasil, 2011).

Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a de institucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. (Ohara ECC, 2008).

Na UBS onde eu me desempenho as visitas domiciliares são realizadas pela equipe completa, de forma sistematizada e planejadas na reunião semanal da equipe, espaço ao qual os agentes comunitários de saúde trazem os principais problemas identificados durante as visitas diárias às microáreas onde tem as famílias cadastradas e sugerem os pacientes a ser visitados segundo os critérios de inclusão e estabelecendo uma ordem de prioridades em casos como às grávidas, puérperas, recém nascidos, acamados, idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos, vítimas de qualquer tipo de violência, pacientes em fase terminal, tentativa de suicídio, usuário de álcool e outras drogas, egresso hospitalar em acompanhamento pela equipe e pacientes com problemas mentais ou problemas agudos temporariamente impossibilitados de comparecer na UBS; também são solicitadas as visitas em situações de urgências por demanda espontânea dos familiares ou cuidadores dos pacientes.

Na unidade contamos com um livro de controle das VD, no qual fazemos a programação, registramos todos os agendamentos e as principais observações da equipe durante as visitas. A dizer verdade ao início de começar a trabalhar nesta comunidade este livro não existia e foi uma dificuldade encontrada na primeira avaliação do PMAQ, a partir de esse momento a equipe ficou comprometida e responsabilizada pelo preenchimento e atualização do mesmo, ferramenta esta que nos permite uma maior organização e controle de nosso trabalho.

Em minha agenda eu tenho planejada a visita domiciliar todas as sextas feiras de manhã, geralmente eu faço de 5 a 6 visitas, de conjunto com os ACS e a técnica de enfermagem, de moto ou andando já que nossa população fica localizada perto da UBS e não contamos com áreas rurais de difícil acesso.

A enfermeira faz a visita domiciliar todas as terças feiras no horário vespertino, existem casos que ela avalia e considera precisam de um atendimento médico, nos informa e então fazemos a visita compartilhada, de igual maneira ocorre com os pacientes que precisam um acompanhamento pelos profissionais do NASF; os ACS são responsáveis de combinar as visitas da equipe multidisciplinar e informar para o paciente ou familiar o dia que os profissionais vão a realizar o atendimento domiciliar.

Durante esta prática eu gosto de observar o entorno, as condições ambientais, higiênicas e socioeconômicas, as características da moradia, como se relacionam cada uma das pessoas que moram em ela, costumes, religiões, estrutura, funcionamento, ou seja, a dinâmica familiar, além de isso identifico as vulnerabilidades e fatores de risco individuais ou familiares. Logo de escutar o paciente e a família realizo o exame físico; solicito ou avalio o resultado dos exames, estabeleço a terapêutica e faço orientações incentivando a adesão ao tratamento e mudança dos estilos de vida, sempre registrando tudo o acontecido durante as VD nos prontuários individuais e fichas da família.

Nas visitas também brindo apoio emocional e fomento a participação de todos os membros da família no cuidado ao paciente; de forma tal que ninguém se

sobrecarregue, muitas vezes percebi que os cuidadores também são pessoas doentes, outros são indivíduos que não se encontravam preparados para tal ação, são pessoas que os mesmos familiares colocam para cuidar porque trabalham ou por outras situações não podem cuidar eles mesmos ,por isso eu aproveito este cenário para apoiar, esclarecer as dúvidas, capacitar e supervisionar aos cuidadores no cumprimento de seus funções de acordo com o Guia Prático Cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- Ajudar nos cuidados de higiene;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como andar, tomar sol e exercícios físicos;
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
- Comunicar à equipe as mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;

Infelizmente em nossa unidade não contamos com grupos formais de cuidadores que são aqueles profissionais preparados em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário. (CAD,2012).

Durante as visitas os procedimentos que com maior frequência realizamos são a aferição da pressão arterial, a glicemia capilar, troca de sondagem vesical e os curativos das úlceras de decúbito nos pacientes com acamamento prolongado fundamentalmente. Em quanto aos exames laboratoriais são solicitados regularmente e feitos no domicilio sem dificuldades até o momento, já que para a coleta contamos com o apoio do pessoal do laboratório Matheus Pena Ribeiro que é o mais próximo a nossa área de abrangência. Quando trata se de exames imagenológicos o de estudos de maior complexidade que precisam do deslocamento do paciente ao local de realização, solicitamos a colaboração dos familiares ou coordenamos o transporte com a secretaria de saúde, mediante o serviço de ambulâncias dependendo da gravidade do caso.

No caso específico dos pacientes diabéticos se beneficiam muito com esta modalidade, a equipe sempre realiza visitas domiciliares visando o objetivo de intervir precocemente na evolução das complicações e assim evitar as internações desnecessárias, insistimos na alimentação saudável, os cuidados dos pés, a adesão correta ao tratamento e um controle metabólico adequado. Os ACS através das visitas buscam também os pacientes faltosos as consultas programadas de HIPERDIA.

A população agradece muito este tipo de ação e sempre é gratificante olhar o sorriso dos pacientes quando olham chegar o médico e a equipe até sua própria casa, já só com esse fato é uma vitória para as mudanças que se precisam para conseguir melhor qualidade de vida e saúde no povo.

ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO: REFLEXÃO CONCLUSIVA

Eu como profissional formada em outro país considero que o curso de Especialização em Saúde da Família foi muito enriquecedor para mim, já que me permitiu consolidar os conhecimentos antigos e adquirir novos como por exemplo : conhecer o Sistema Único de Saúde brasileiro com suas potencialidades e vulnerabilidades; conhecer a história das políticas públicas de saúde e conhecer os fluxogramas de ações na abordagem dos diferentes problemas na Atenção Primária; aprendi também a ter um melhor controle e organização das atividades assistenciais da ESF; a utilizar as redes de apoio; a enfrentar adequadamente situações de violência; a utilizar os sistemas de informação, a valorar a importância da qualidade das informações e dos dados epidemiológicos no análise da situação de saúde e confecção do diagnóstico situacional da população adstrita para a toma correta de decisões e planejamento das ações de saúde.

Logrei uma maior interação com a equipe, a comunidade e os gestores municipais fortalecendo o trabalho multidisciplinar e Inter setorial; consegui realizar meu projeto de intervenção educativa logrando um impacto positivo na população, mudanças nos estilos de vida e melhoras na qualidade de vida dos pacientes. Outra mudança positiva foi a incorporação dos pacientes de saúde mental às atividades educativas programadas pela equipe com ajuda dos profissionais dos NASF e do CAPS do município.

Também amplie meus conhecimentos sobre a metodologia de investigação, uso das tecnologias e a informática, aprendi como acessar ao PUDMED para a busca de artigos científicos e comparar os resultados alcançados com outros estudos baseado em evidencias.

No Eixo 1 eu gostei muito da história das cidades fictícias que me permitiu conhecer os costumes, religiões, comportamentos, doenças, características das populações estudadas e poder estabelecer uma comparação com minha população do interior do estado Amazonas.

Considero neste eixo a quantidade de conteúdo avaliado no exame presencial foi muito extenso, em minha modesta opinião acho ficaria melhor fazer a avaliação ao finalizar cada unidade e assim o estudante pode aprofundar mais nas temáticas avaliativas.

No Eixo 2 achei positivo a modalidade de discussão sobre os casos clínicos já que mostraram a realidade de nosso dia a dia, abordando temas muito frequentes na população atendida como as doenças crônicas, as doenças infectocontagiosas, pacientes com dependência química, crianças com febre, manejo das urgências e emergências, climatério etc. o que me permitiu melhorar minha percepção do processo saúde/doença e atualizar-me sobre os protocolos de atuação ,sempre transmitindo a minha equipe os conhecimentos adquiridos aproveitando os espaços de educação permanente na UBS .

Foi minha primeira experiência na modalidade de Educação a distância e em língua portuguesa, confesso constituo todo um desafio, muitas vezes fiquei estressada á hora de acessar a plataforma e não ter conexão à internet mais a pesar de esta dificuldade considerada para mem a maior ,pude realizar as tarefas no tempo estabelecido ,revisar a bibliografia ,participar nos fórum ,interagir com meus colegas e tutora ,concordar com muitos e discrepar com outros ,compartilhar experiências de nossa realidade que muitas vezes se tornasse diferente para cada região ,município ou UBS dentro de um mesmo país.

Todo o aprendido no curso me serviu para um melhor desempenho profissional ´e um ótimo trabalho em equipe, para oferecer um atendimento de qualidade, lograr a satisfação dos usuários e melhorar a saúde do povo brasileiro que tanto agradece nosso atuar dentro da ESF e o programa mais médicos.

Quero agradecer aos professores, tutores, à secretaria acadêmica da universidade pela atenção, sugestões e disponibilidade, pela oportunidade de superação, de crescimento como uma profissional melhor preparada e com uma história nova que contar ao retorno a meu país.

Obrigada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No 12. **Obesidade**. Brasília-DF/2006.
2. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No 16 **Diabetes Mellitus**. Brasília-DF/2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 33. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília/2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar** Volume1. Brasília/2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar** Volume2. Brasília/2012.
6. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus**. Brasília-DF/2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 32. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília/2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 34. **Saúde Mental**. Brasília/2013.
9. Brasil. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2015-2016).
10. Ohara ECC, Ribeiro MP. **Assistência domiciliar**. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.

11.Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

12.SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SEYFFART, Anela; SACHS, Anita; VIGGIANO, Celeste; MENDONÇA, Deise; GOUVEIA, Gisele; BRUNO, Luciana; ALVAREZ, Marlene e col. **Manual de Nutrição Pessoa com Diabetes.** Brasil, 2009, 38 p.

Anexo 1 Projeto de intervenção

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

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO



INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE RISCOS E ESTILOS DE VIDA NA PREVENÇÃO DA GASTRITE DA POPULAÇÃO DA UBS ALDENOR DE SOUZA

Nome: Yanelis Soto Suárez

Tutor: Patrícia Barbara Dias

Turma: 15novembro-2016

Amazonas - Parintins.

Janeiro – 2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo Geral	6
2.2. Objetivos Específicos	6
3. REVISÃO DA LITERATURA	7
4. MATERIAIS E MÉTODOS	11
4.1 Metodologia.....	11
4.2. Etapa Diagnóstica	12
4.3. Etapa de intervenção	12
4.4. Etapa de avaliação.....	13
5. CRONOGRAMA	14
6. RECURSOS NECESSÁRIOS	15
6.1 Recursos Humanos.....	15
6.2 Recursos Materiais.....	15
7. RESULTADOS ESPERADOS	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXOS	19

RESUMO

A gastrite é uma das doenças mais frequentes no Brasil, figurando como uma das primeiras causas de atendimento nos últimos tempos, em nossa unidade básica de saúde Aldenor de Souza Alves são constantes os atendimentos de pacientes com sintomas de esta doença, a falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e o desconhecimento dos fatores de risco e medidas de proteção são evidentes durante as consultas. O objetivo deste estudo é desenvolver ações de educação em saúde sobre os fatores de riscos e o estilo de vida na prevenção da gastrite. A população alvo será composta por 30 pacientes que apresentassem fatores de risco e disposição para participar do projeto. As ações estratégicas serão feitas através das atividades educativas em saúde e o desenvolvimento do plano temático em 4 encontros durante um mês . Espera-se com este trabalho que os usuários do projeto possam compartilhar experiências, alcancem um maior conhecimento sobre os fatores de risco, estilo de vida saudável e às medidas de proteção a gastrite para assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes da área de abrangência.

Palavras-chaves: Gastrite; Fatores de risco; Estilos de vida saudáveis.

1. INTRODUÇÃO

A gastrite é uma das doenças mais frequentes no Brasil, figurando como uma das primeiras causas de atendimento nos últimos tempos, não é mais que uma inflamação da mucosa de revestimento do estômago produzida pela bactéria chamada *Helicobacter pylori*. Estima-se no Brasil entre 80% e 90% da população sejam portadores dessa bactéria, considerado um dado bem alarmante se comparando à média mundial.

O agravante está no fato de cerca de 70% dos casos de contaminação ser assintomáticos, o que faz com que boa parte da população brasileira não procure ajuda médica. O alto índice de proliferação dessa bactéria no mundo se dá principalmente pelas más condições de higiene e saneamento.

A pessoa sofre com a presença da gastrite e demonstra que a saúde não está caminhando bem, dentre os sinais e sintomas estão: azia, indigestão, dor de estômago, fadiga, náusea, e emagrecimento exagerado. Mais, para que a doença aconteça as junções de diversos fatores externos e internos precisa acontecer. O consumo de alimentos gordurosos, frituras ou doces altamente concentrados, como o excesso de chocolate, são pontos cruciais para atrair o incômodo. “Algumas medicações, como anti-inflamatórios, ácidos acetilsalicílicos (AAS) e corticoides, usados em tempo prolongado, contribuem para que a irritação da mucosa se intensifique” (Torquato, 2013).

Nos últimos anos a Atenção Primária de Saúde (APS) vem trabalhando com a prevenção da gastrite baseada em mudanças de estilo de vidas dirigidas a diminuir os fatores causadores da doença como: Respeitar os horários das refeições, preferir fazer pequenas refeições ao longo do dia a fazer uma grande refeição depois de muitas horas em jejum, mastigar bem os alimentos, pois a digestão começa na boca, não fumar, evitar fazer uso indiscriminado dos analgésicos, não beber café ou bebidas alcoólicas, manter a higiene da água e dos alimentos, entre outras. (Maciel, 2014).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada dos pacientes no Sistema de Saúde, a qual é o melhor ponto para acolher e fazer atendimento de qualidade dos pacientes e, assim, melhorar a qualidade de vida deles. Deve incluir atividades de promoção e educação em saúde, com a integração dos profissionais de saúde da equipe e sua comunidade que permitam um melhor trabalho na atenção básica, contribuindo com a solução dos problemas apresentados pela população da área de abrangência e mudanças de estilos de vida saudável.

Nossa Unidade básica de saúde Aldenor de Souza Alves encontrasse localizada em na rua Fausto Balcão , no centro do bairro São Vicente da cidade de Parintins , tem duas Equipes de saúde da família que prestam atendimento a um total de 1478 famílias e uma população de 6754 pacientes,(SESAM), dos quais aproximadamente do 30% procura consulta referindo apresentar dor e queimação no estômago, muitos deles não conhecem os fatores de risco das doenças gastrointestinais mais comuns como a gastrite e apresentam em sua maioria esta doença por conta do estilos de vida inadequados, problemática esta que chamou minha atenção, razão pela qual eu considerei importante realizar este trabalho levando a cabo ações de intervenção educativa em saúde com o objetivo de promover um maior conhecimento pela comunidade dos riscos e as medidas de proteção a gastrite ,para assim lograr melhorar a qualidade de vida da população .

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo Geral

➤ Desenvolver ações educativas de saúde sobre os fatores de riscos e o estilo de vida na prevenção da gastrite.

2.2. Objetivos Específicos:

➤ Caracterizar os pacientes, objetos de estudo, segundo variáveis sócios demográficos;

➤ Realizar atividades de promoção de saúde intensificando a importância de melhorias na qualidade de vida;

➤ Orientar aos pacientes sobre os fatores de risco e estilo de vida saudável;

➤ Elevar o nível de conhecimentos da população em relação às medidas de proteção e prevenção a gastrite;

3. REVISÃO DA LITERATURA

A gastrite é um processo inflamatório da mucosa de revestimento do estômago que se produz quando existe um desequilíbrio entre os fatores agressores e os fatores protetores e ocorre geralmente por sensibilidade da própria mucosa gástrica, baixa imunidade do organismo, intolerância a algum nutriente ou falta de moderação na hora de alimentar-se.

Segundo a Dra. Daniela Milhomem Cardoso, presidente da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) de Goiânia, a gastrite pode ser aguda ou crônica. "Gastrites agudas são caracterizadas por processos inflamatórios mais repentinos e a gastrite crônica por processos mais duradouros que podem, inclusive, durar por anos", explica. Alguns casos de gastrite crônica, inclusive, podem aumentar o risco de outras doenças, como úlceras pépticas, pólipos no estômago e tumores benignos. Ainda segundo Daniela, em alguns casos, a gastrite crônica funciona como fator de risco para lesões pré-malignas e malignas.

Estima-se que 70% dos brasileiros são portadores de gastrite crônica causada pelo *H. pylori*, segundo a FBG. Justamente por ser a principal causadora do incômodo, é importante saber que a prevalência da infecção pelo *Helicobacter pylori* é bastante diferente de acordo com a região geográfica no mundo todo, sendo mais comum nos países em desenvolvimento, como o próprio Brasil, nos quais as condições sanitárias são mais prejudicadas bem como a situação socioeconômica. (Torquato, 2013).

Neste projeto abordaremos os fatores de risco da gastrite, dentre eles podemos mencionar os seguintes:

- Idade: Este é um fator de risco não modificável, quanto mais avançada é a idade, maior é a possibilidade de desenvolver a doença, já que o revestimento do estômago tende a ficar mais fino e débil com o passar dos anos, também os pacientes mais velhos têm uma tendência maior a ter infecção pelo *Helicobacter pylori*.
- Alimentação inadequada: Existem alimentos que facilitam o refluxo do suco gástrico e provocam irritação da mucosa como: gorduras, farinha, frituras,

pimenta, refrigerantes que são muito frequentes na cultura alimentar da população brasileira.

➤ Uso excessivo de analgésicos e de anti-inflamatórios: Istos medicamentos são muito usados na prática médica e consumidos diariamente por grande parte da população, e podem causar inflamação no estômago ou piorar uma irritação já existente, por isso os pacientes com ulcera não devem consumir a aspirina para evitar complicações frequentes como o sangramento digestivo, perfuração ou obstrução.

➤ Tabagismo: O cigarro aumenta a secreção do suco gástrico, danifica os dentes e a mucosa oral prejudicando a digestão que começa na boca, além de isso está demonstrado que a nicotina acelera a motilidade do trânsito gastrointestinal, o que dificulta a absorção dos nutrientes.

➤ Alcoolismo: Os pacientes que consomem bebidas alcólicas desenvolvem a gastrite com maior frequência que os pacientes que não são bebedores, o álcool irrita e pode corroer a mucosa gástrica causando dor, inflamação e sangramento; a magnitude e intensidade das crises estão associadas à quantidade de etanol e à frequência de ingestão.

➤ Estresse: Os fatores emocionais também interferem, geralmente, toda pessoa que passa por algum problema grave, têm alguma preocupação, fica estressada, se esquece de fazer uma boa refeição e muitas vezes não tem vontade de comer, esse comportamento aumenta o nível de acidez no estômago e retarda a digestão.

➤ HIV / AIDS: As pessoas infectadas com o vírus do HIV estão mais expostas à ação de bactérias como *Helicobacter pylori*, já que este tipo de paciente apresentam falhas no sistema imunológico e as condições de imunossupressão favorecem a aparição de qualquer infecção no organismo.

Dentre as atividades de educação da saúde na proteção da gastrite temos a promoção dos estilos de vida saudáveis como, as condutas, os hábitos, e os comportamentos individuais ou de um grupo de pessoas encaminhados à satisfação

das necessidades humanas para alcançar o bem-estar, a saúde e uma melhor qualidade de vida, também evitam a aparição das doenças e suas complicações, um estilo de vida saudável implica uma alimentação equilibrada, a pratica sistemática de atividade física, manter um peso adequado, abandono do hábito de fumar, evitar o consumo de álcool e drogas, respeitar os horários de sono, recreação, e evitar o estresse.

Muitos pacientes com gastrite ficam assintomáticos, mas em sua maioria apresentam sintomas principais como são: dor fixo no estômago de moderada intensidade e que se exacerba com a ingestão dos alimentos, sensação de queimação e estômago cheio, azia, arroto, náuseas, vômitos, mau hálito, e perda de apetite .

Calcula-se que hoje já são mais de dois bilhões de pessoas no mundo todo, homens e mulheres de diferentes idades, que sofrem com os sintomas mais característicos da doença. E esse número tende a crescer já que “a forma mais comum de se adquirir uma gastrite é ingerir água ou alimentos contaminados pela bactéria chamada *Helicobacter pylori*, o que ocorre, quase sempre, durante a infância ou adolescência”, explica o gastroenterologista Laércio Tenório Ribeiro, membro da Federação Brasileira de gastroenterologia (FBG). (Torquato, 2013).

Uma vez alojada no estômago a *Helicobacter pylori* possui difícil eliminação. E este tem sido o maior desafio entre os gastroenterologistas, que utilizam de um arsenal medicamentoso e um importante plano de reeducação alimentar para proteger o órgão desse agressor implacável. “Embora não haja necessidade absoluta de restrições alimentares, sugerimos que a pessoa com gastrite evite ingerir alimentos excessivamente picantes ou aquele tipo de comida que causará os sintomas”, resume o médico Ribeiro. (Torquato, 2013).

Já ficou claro que a alimentação pode ser tanto vilã quanto aliada no tratamento da gastrite. O papel de uma dieta equilibrada é crucial para que o organismo se mantenha saudável e consiga se livrar das dores e queimações tão comuns às doenças estomacais. O mais indicado é que haja um equilíbrio entre o consumo de alimentos ricos em minerais alcalinizam-te, como cálcio, zinco, ferro, magnésio, sódio, potássio e manganês, e acidificantes, como fósforo, enxofre, cobre e iodo. Para isso, é preciso

entrar na linha e estar disposto a fazer substituições específicas que garantam um fim ao incômodo. (Maciel, 2014).

A boa dieta não dispensa o tratamento medicamentoso, portanto, é recomendável mantê-la balanceada para que o uso de remédios seja ao menos reduzido. Quem tem gastrite não precisa viver só de restrições, mas pode controlar e mudar certos hábitos para que consiga agredir menos o sistema digestório e contribuir para a recuperação da ferida existente na parede do estômago. “O paciente sabe como é difícil conviver com as dores após as refeições. Ele precisa apenas aprender que nem todo alimento faz mal. Pelo contrário, durante o tratamento, verduras, legumes e frutas só melhoram os sintomas”, indica Flávia Pinho, nutriologa do Espaço Stella Torreão (RJ). (Maciel, 2014).

As atividades físicas também contribuem para uma melhor escolha à mesa. “Todo indivíduo que começa a praticar exercícios físicos automaticamente tende a se alimentar melhor. A pessoa passa a se preocupar mais com o que ingere, tem mais vontade de consumir alimentos saudáveis do que guloseimas em geral”, diz Ricardo Portieri. (Torquato, 2013).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Metodologia

A estratégia de intervenção será realizada na área de abrangência da UBS Aldenor de Souza Alves do município Parintins estado do Amazonas, a qual está constituída por duas Equipes de saúde da família que prestam atendimento a uma população estimada de 6754 habitantes. (SESAM 2013).

Encontrasse situada na Rua Fausto Balcão s/no, Bairro São Vicente de Paulo, possui prédio próprio inaugurado em 16 de outubro de 2016.

Foto1: Unidade Básica de Saúde Aldenor de Souza Alves



Fonte: Yanelis Soto Suarez /2017

Este trabalho será um projeto de intervenção educativa sobre fatores de risco e estilos de vida da gastrite na atenção básica, com o objetivo de desenvolver ações de educação em saúde para elevar o nível de conhecimentos da população em relação aos fatores de risco, estilo de vida saudável e às medidas de proteção a gastrite para lograr melhorar a qualidade de vida. O sucesso do desenvolvimento das ações e

consolidação do projeto depende do compromisso dos profissionais de saúde que integram a Equipe de saúde, do interesse dos pacientes e da participação ativa da população na comunidade.

Para desenvolver o projeto de intervenção serão consideradas as seguintes etapas:

4.2. Etapa diagnóstica

Em um primeiro momento se capacitara a toda a equipe de saúde sobre fatores de risco da gastrite. Realizara-se pelos agentes de saúde inicialmente uma seleção aleatória de 30 pacientes que apresentassem fatores de risco e disposição para participar do projeto. Estes preencherão um questionário que permitirá conhecer o grau de conhecimento que tem os pacientes sobre fatores de risco desta doença assim como dos estilos de vida mais saudáveis e as medidas de proteção. A pesquisa será respondida de forma individual, assegurando a total confidencialidade das informações obtidas.

4.3. Etapa de intervenção

Serão feitas as ações estratégicas do projeto de intervenção através das atividades educativas em saúde e o desenvolvimento do plano temático, se realizaram um total de quatro atividades como: palestra roda de conversa e projeção de um vídeo, com uma frequência semanal durante um mês e uma duração de duas horas cada encontro. Estas terão como objetivo criar um ambiente confortável para possibilitar a livre expressão das ideias dos participantes acerca dos temas, facilitar as reflexões, aclarar dúvidas, fornecer conhecimentos e trocar experiências. Os temas a desenvolver são:

1. Fatores de risco da gastrite

2. Estilo de vida saudável
3. Medidas de prevenção e proteção da gastrite

4.4. Etapa de avaliação

Nesta etapa será aplicado novamente o questionário após da conclusão do programa educativo. Assim serão determinados os conhecimentos sobre fatores de risco e estilos de vida mais saudáveis que foram adquiridos pelos pacientes durante a aplicação do projeto de intervenção educativa.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Período de realização					
	Ano 2017					
	Janeir o	Fevereiro	Març o	Abril	Mai o	Junho
Apresentação da proposta do projeto de intervenção à equipe de saúde	X					
Revisão da literatura	X	x	X	x	x	x
Planejamento das atividades educativas em saúde e capacitação da equipe.		x	X	x		
Entrega dos convites aos pacientes pelo ACS			X	x		
Aplicação do questionário inicial				x		
Desenvolvimento do plano temático					x	
Aplicação do questionário após a intervenção					x	
Análise dos resultados						x
Avaliação do projeto pela equipe						x
Apresentação do projeto						x

6. RECURSOS NECESARIOS

6.1 Recursos humanos

PROFISSIONAIS	QUANTITATIVO
Médica	01 (um)
Enfermeira	01 (um)
Técnica de enfermagem	01 (um)
Agentes Comunitários	09 (nove)

6.2 Recursos materiais

MATERIAIS	QUANTITATIVO
Panfletos educativos	100 (cem)
Canetas	15 (quinze)
Lápis	30 (trinta)
Impressora	01 (um)
Computador	01 (um)
Retroprojektor	01 (um)
Pacote de folhas	01 (um)
Envelopes	30 (trinta)
Pacote de Copos descartáveis	01 (um)
Tesoura grande	01 (um)

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco e medidas de proteção da gastrite.
- Estimulo a melhoria dos estilos de vida como, por exemplo: hábitos alimentares adequados, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse e abandono do tabagismo.
- Obter um impacto positivo na população através das ações educativas desenvolvidas.
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. 2 ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2008. Vol. II. 240-244.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável. 1. ed. 1. Reimp. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília-DF: 2008.
3. Coelho,L.G.etal.3rdBrazilian consensus on helicobacter pylori :The latin American perspective.Digestive Diseases,Basel,V.32,n.3,p.302-309,2014.
4. Dawn L. Francis. Gastritis. In: Hauser S C, Pardi D S, Poterucha J . Mayo Clinic Gastroenterology and Hepatology Board Review. 3rd Edition. Canada: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2008 p. 67-75.
5. De Paula Castro L .Gastritis .Acta Gastroenterol Latinoam 2003;24:175-93.
6. Dynamed.Helicobacter pylori infection .Ipswich(MA):EBSCO Publishing 2015.Acesso em :9 set.2016,via Portal Saúde Baseada em Evidencias .
7. Federação Brasileira de Gastroenterologia: Projeto Diretrizes Úlcera Péptica. 2003. Revisão de literatura e consensos sobre gastrite, úlcera e Helicobacter pylori.
8. [Gilmar Torquato](http://www.lersaude.com.br/gastrite-uma-epidemia-silenciosa)Data: 6 de junho de 2013 disponível em <http://www.lersaude.com.br/gastrite-uma-epidemia-silenciosa>
9. Gusso,G;LOPES,J.M.C(Ed).Tratado de medicina de família e comunidade .Porto Alegre :Artmed,2012.
10. Harrison's. Principios de Medicina Interna. Fauci A S, Kasper D L, Longo D L, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores.17ª Ed. [CD-ROM]. McGraw-Hill. 2008 .
11. José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Fernando Diniz Mundim. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Tradução de 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
12. Leticia Maciel: *alimentação-ideal... gastrite/2209/1*de Abril de 2014 disponível em revistavivasaude.uol.com.br/nutrição/.
13. National Digestive Diseases Information Clearinghouse: Gastritis. 2004. Organização do Instituto Americano de Saúde voltado para orientação de doenças do aparelho digestivo. Revisado em 2008.
14. Peña Forcada E, Saiz Cantero C. Gastropatía por Antiinflamatorios no esteroideos.SEMERGEN.2008;34(10):502-6

15. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna: Enfermedades del sistema digestivo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.Vol.2.Cuarta Edición.:168-171.
16. Secretaria Municipal de Saúde. SESAM. 2013. Plano Municipal de Saúde 2014-2017.
17. SHILS, M.C.Nutrição Moderna, na saúde e na doença, 10ª edição, Manole 2009.
18. Tatiana Zanin 17 de setembro de 2015 disponível em <https://www.tuasaúde.com/tratamento>
19. Valdivia Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-1: 38-48

ANEXOS

Questionário

Anexo 01

1. Sua idade encontra-se entre:

De 18 a 25 anos:- -----

De 26 a 35 anos:- -----

De 36 a 45 anos:- -----

De 46 a 55 anos:- -----

De 56 a 65 anos:- -----

Mais de 65 anos:- -----

2. Sexo:

Masculino:- -----

Feminino:- -----

3. Raça:

Branca ----- Parda----- Negra-----

4. Sobre os fatores de risco abaixo mencionados, qual você apresenta?

Obesidade:- -----

Tabagismo:- -----

Consumo álcool:- -----

Não realiza exercícios físicos:- -----

Consumo alimentos picantes, gordurosos, o muito temperado: -----

Uso de anti-inflamatórios:- -----

Consumo drogas:- -----

5. Você conhece quais são as medidas de proteção da gastrite?

Sem ----- Não -----

6. Você acredita que para prevenir a gastrite é necessário:

Alimentação balanceada: Sem ----- Não -----

Reduzir os níveis de estresse: Sem ----- Não -----

Evitar o uso prolongado de anti-inflamatórios: Sem ----- Não -----

Estabelecer horários para as refeições: Sem ----- Não -----

Realizar uma rotina de exercícios 3 vezes na semana :Sem ----- Não -----

Evitar o consumo de bebidas alcoólicas: Sem ----- Não -----

Beber água fervida: Sem ----- Não -----

7. Considera que a participação neste estudo é importante para prevenir esta doença. Sem ----- Não -----

Por quê?-----

Anexo2

Quadro1: A distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e faixa etária.

Sexo	Faixa Etária (anos)						Total
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Masculino							
Feminino							

Quadro2: A distribuição dos pacientes de acordo com o nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	No.	%
1ºciclo do ensino básico(Instrução Primária)		
2º ciclo do ensino básico (5º e 6º ano)		
3º ciclo do ensino básico (até 9º ano)		
Ensino secundário / ensino profissional		
Ensino universitário		
Total		