

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

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Portfólio**

Tutor: Patrícia Maria Barros Thomas

Nome: Yamirka Vidal Guerra .

**Amazonas - Parintins.  
Julho -2017**

## **SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO	03
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	13
4 VISITA DOMICILIAR	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	25

## 1. ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO- INTRODUÇÃO

Meu nome é Yamirka Vidal Guerra , tenho 34 anos, sou estrangeira, de nacionalidade cubana, natural do Município Palma Soriano, Província Santiago de Cuba. Fiz meus estudos de medicina em Cuba, no Instituto Superior de Ciências Médicas Santiago de Cuba no período de 2000 a 2006. Fiz a especialização em Medicina Geral integral no período 2006 a 2008. Nestes momentos sou médica do Programa Mais Médicos (PMM). Entrei para o programa em julho 2016, lotada na Unidade Básica de Saúde Waldir Viana. Minha Unidade de Saúde é uma das maiores do município, encontra-se localizada na Rua Rui Araújo, Bairro São Benedito Município Parintins, estado Amazonas.

Consta de três equipes de estratégia de saúde da família. Atende uma população de 7775 habitantes (SESAM secretaria municipal de saúde, 2013). Cada equipe é composta por um médico do Programa Mais Médico para Brasil, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em minha equipe temos uma população de 2639 pacientes (SESAM secretaria municipal de saúde, 2013).

A equipe realizou o diagnóstico situacional que possibilitou levantar inúmeros dados referentes á população. Por exemplo, sua distribuição segundo o sexo e a faixa etária mostrado no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da população da equipe XI, UBS Waldir Viana segundo a faixa etária e sexo para o ano 2013.

Faixa etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
< 1ano	10	15	25
1- 4 ano	53	66	119
5- 6 ano	38	25	63
7- 9ano	62	51	113
10- 14 ano	102	109	211

15- 19 ano	143	137	280
20- 39 ano	406	440	846
40- 49 ano	147	181	328
50- 59 ano	111	124	235
> 60ano	180	239	419
<b>Total</b>	1252	<b>1387</b>	<b>2639</b>

Fonte:(**SESAM secretaria municipal de saúde, 2013**)

Como mostra o quadro número 1, Nossa equipe atende uma população de 2639 habitantes. O maior grupo populacional está entre as idades de 29 a 30 anos, seguido da população com mais de 60 anos, e predominantemente o sexo feminino com um total de 1387 mulheres. Temos um total de 581 famílias cadastradas , com um 98,15 % de pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas e um 74,9% de pessoas de 7 - 14 anos na escola.( SEMSA 2013)

Em nosso território temos: 1 escola publica,1 escola estadual, não temos creche, tínhamos 2 igrejas evangélica 1 igreja católica . As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo2 (DM), afeções respiratórias, parasitoses intestinais, infecção urinarias, as afeções osteomioarticulares, doenças sexualmente transmissível, as gastrites, as dermatofitoses e as escabioses.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), nossa equipe tinha cadastrado 279 portadores de hipertensão arterial, 99 portadores de Diabetes Mellitus e 2 portadores de Tuberculose. As principais causas de internação nos últimos anos segundo os dados SIH/DATA SUS foram complicações de Diabetes Mellitus, Pressão arterial, Acidente Vascular Cerebral e Câncer. Quanto as principais causas de óbitos foram: Infarto Agudo do Miocárdio (IMA), Doenças Cérebro-vasculares, Câncer em estágio terminal e acidentes de trânsito.

Durante as consultas e visitas domiciliares , notamos a alta incidência e prevalência de pacientes adultos com doenças cardiovasculares em um setor da

comunidade. Neste momento as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de internação hospitalar e morte no município e em minha área de abrangência especificamente(SEMSA). Sua incidência e prevalência relaciona-se com a presença de fatores de risco cardiovascular (FRCV ) que estão presentes na população adulta e, de não ser modificado continuam a aumentar o número de adultos com este tipo de doença.

O tema escolhido para o projeto de Intervenção na UBS foi sobre risco cardiovascular com o título: “**Ações de saúde para reduzir o risco cardiovascular em pacientes adultos na UBS Waldir Viana.** ”. Este trabalho se justifica pela alta incidência e prevalência das doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial entre adultos na comunidade. Pelo grande número de pessoas com níveis elevados de pressão arterial que não são controlados e, por aumento do risco cardiovascular e das suas consequências.

O projeto foi direcionado para pacientes adultos da área adscrita da UBS e da equipe XI, com a proposta de fornecer informações, identificar os fatores de riscos cardiovasculares prevalentes nos pacientes adultos e as condições de vida que possam influenciar no aumento dos mesmos. Avaliar incidência e prevalência dos fatores de risco cardiovascular entre os adultos atendidos na minha área, realizar ações para a diminuição de riscos cardiovasculares e assim, melhorar a saúde da população oferecendo melhor qualidade de vida para os pacientes .

## 2. ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

**Caso Clínico: Centro de Saúde Waldir Viana , Equipe XI**

**1ª CONSULTA MEDICA ( 14/06/2017)**

**Dados Gerais:**

Paciente PMSM

Idade: 49 anos,

Sexo: Feminino

Escolaridade: Universidade

Religião: Católica

Estado civil: Casada

Profissão: Professora

Naturalidade: Parintins / Amazonas

Residência Atual: Parintins

**Dados da triagem:**

Idade:49anos    Peso: 72 kg    Altura:163cm    CA:88cm    PA:160x100 Mmhg

**Queixa principal:** Cefaleia e tontura

**Historia da Doença atual:**

Paciente que vem á consulta dizendo que há mais de uma semana apresentou uma dor de cabeça muito forte principalmente na região temporal e occipital; que ainda continua, que se torna mais intensa no meio-dia e a tarde. Algumas vezes acompanhado de tontura. Frequente, dura todo o dia e, apesar de tomar medicamento para dor, não consegue alívio. Refere que três dias antes, ela foi atendida no hospital com valores de pressão alta: 160x100 mmhg. Foi medicada e melhora um pouco, mas agora continua com os mesmos sintomas. No momento, não esta tomando medicação.

**Antecedentes pessoais :**

**Fisiológicos:** Nascida de parto normal é a segunda filha de 3 filhos;

Telarca: 11 anos

Menarca:12 anos

Sexarca: 18 anos

História Obstétrica: G2 P2n A0.

**Patológicos:** Até o momento não tem histórico de doenças crônicas

Antecedente Cirúrgico: não refere

Alergia a Medicamentos : Paracetamol

Habito tóxico: Não

### Antecedentes Familiares:

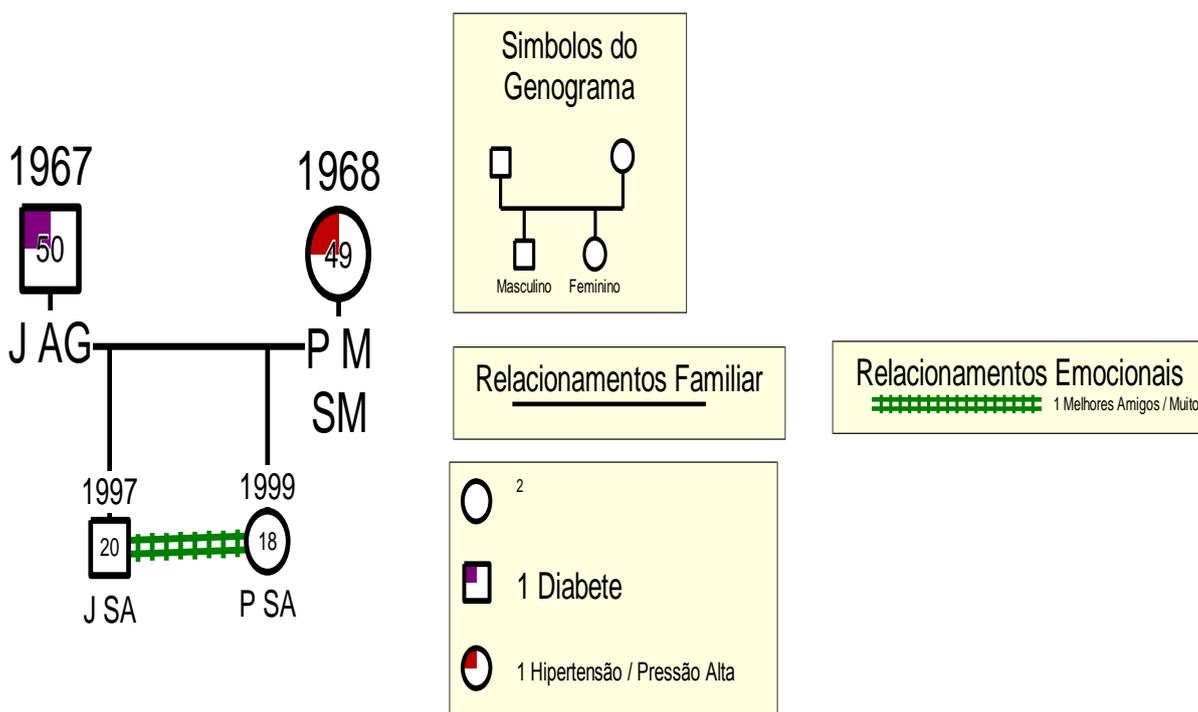
Pai (Falecido): Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, IMA

Mãe: Hipertensão Arterial

1er irmão: Diabetes Mellitus, HAS

### Genograma:

Realizou-se visita domiciliar no dia 16/06/2017 para montagem do Genograma, a avaliação do funcionamento familiar, a relação entre eles e a comunidade.



Paciente PMSM casada que mora com seu esposo JAG de 50 anos de idade Diabético e seus filhos JSA de 20 anos masculino e PSA de 18 anos feminino, ambos estudam; até o momento com boa saúde. A casa é de alvenaria, teto de placa, banheiro sanitário, consumo de água potável. As condições sócio-econômica: são boas ela e seu esposo trabalham na mesma escola. Ambos são professores. Tem um

bom funcionamento familiar. As relações entre eles e a comunidade também são boas.

Alimentação: Predominantemente carboidratos (farinha, Tapioca ). Além disso gostam muito de refrigerantes, frituras e gorduras.

Atividades físicas: Sedentária.

### **Exame Físico:**

Paciente normolineo com bom estado geral , atitude voluntária; anda sem dificuldade, fácies não característica de processo patológico. Orientado no tempo espaço e pessoa.

Hidratada Afebril Temperatura: 36,5°C

Peso: 72 kg      Altura: 163cm      CA: 88cm      IMC:27,6 ( sobrepeso)

Mucosa: Normocoradas e úmidas

Pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retro-auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios. Pulso carotídeo presente não sopro. Não turgência jugular.

Sistema Cardiovascular: Ruído cardíaco rítmico e bom tono, não sopro

BC:82 bpm      PA: 160 x 100 mmhg

Pulsos periféricos: Todos presentes, sincrônicos e normais.

Sistema Respiratório: FR: 20 irpm. Eupneica. Murmúrio Vesicular normal não estertores.

Abdómen: Plano, de aparência normal. Não circulação colateral. Ruídos Hidroaéreos normais , não sopro abdominal. Não tumoral . Não viceromegalia.

Extremidades: Simétricas, sem alterações, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados, pulsos presentes e normais.

Sistema Nervoso: Sem alterações.

TCS: Não edema

### **Hipóteses diagnóstica :**

Hipertensão Arterial Sistêmica Estagio 2.

**Conduta :**

- Cadastro da paciente como hipertensa.
- Tratamento não medicamentoso: Mudança de estilos de vida
  - Orientações sobre a dieta correta, Diminuir o consumo de Sal, gorduras, Carboidratos, cafeína . Alimentação saudável : frutas, vegetais, peixe entre outros.
  - Redução no uso de bebidas alcoólicas
  - Prática de atividade física regular, caminhar 30 minutos ao dia.
  - Controle do peso
- Tratamento medicamentosos: Os pacientes com hipertensão em estágios II e III que, na maioria das vezes, não respondem à monoterapia. Para eles é mais aconselhável o uso combinado de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão:
  - Enalapril (10mg) 1 comprimido ao dia
  - Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia
- Exames Diagnósticos :
  - Hemograma completo, Glicemia, Ureia, Creatinina, Lipidograma, Acido Úrico, Filtrado Glomerular, Potasio, EAS ( exame urina) .
  - Radiografia de tórax (PA)
  - Eletrocardiograma
  - Fundoscopia .
  - Ultrasonografia do Rim
- Indico Medida Residencial da Pressão Arterial durante 7 dias 2 veze por dia de manha e na noite segundo Diretriz Brasileira de MR.
- Encaminhamento para Nutricionista
- Encaminhamento para Oftalmologia
- Agendar próxima consulta em sete dias.

**2ª Consulta (22/06/2017)**

Dados de triagem

Idade:49anos Peso: 72 kg Altura:163cm CA: 88cm PA:140x90mmhg

Paciente com bom estado geral, refere melhoria da cefaleia que só aparece em algumas ocasiões no horário da noite. Está tomando os

Medicamento indicados. Começou a caminhar. Refere que quase todos os exames foram feitos, faltava somente a ultrasonografia e a Fundoscopia.e que já foi avaliada pela nutricionista.

**Exame Físico :**

Paciente com bom estado geral , atitude voluntária. Orientado no tempo espaço e pessoa. Bem hidratado, Afebril ao toque.

IMC:27,6 ( sobrepeso)

Exame cardiovascular: Ruído cardíaco rítmico e bom tono, não sopro BC:82bpmPA: 140 x 90 mmhg Pulsos periféricos: Presente, sincrónicos e normais.

Resto de exame físico sem alterações.

**Avaliação de exame diagnostico**

<b>Medida Residencial da Pressão Arteria</b>		
<b>Data</b>	<b>Manhã</b>	<b>Noite</b>
15/06/17	140x90 mmhg	140x100 mmhg
16/06/17	130x90 mmhg	150x100 mmhg
17/06/17	130x80 mmhg	140x100 mmhg
18/06/17	120x80mmhg	140x100 mmhg
19/06/17	130x80 mmhg	160x90 mmhg
20/06/17	130x80 mmhg	160x90 mmhg
21/06/17	120x80mmhg	150x100mmhg

Avalio (MRPA) Medida Residencial da Pressão Arterial realizadas por pessoa treinada após do inicio do tratamento concluindo que: Apesar de tomar medicação; a paciente mantém a PA elevada no horário da noite.

Avalio resultados dos exame laboratoriais anteriormente indicados: Hb: 13 mg/dl, Hto: 40%, leucograma normal, Glicemia de jejum : 88 mg/dl, Creatinina sérica: 0,8 mg/dl, Uréia 28mg/dl, (EAS): normal. Colesterol total:182mg/dl, LDL colesterol 98 mg/d, HDL colesterol 58 mg/d, triglicerídeos 130 mg/dl

LDL= CT - HDL - Trig /5

Taxa de filtração glomerular estimada: 96 ml/min ( Normal) calculado pela

Fórmula de Cockcroft-Gault:

Ccr ml/in =  $\frac{[140 - idade] * peso (kg) * 0,85 \text{ se mulher}}{720}$

72 \* Cr Sérica (mg/dl)

Avalio eletrocardiograma: normal .

Avalio radiografia de Tórax (PA): Normal

Pendente: Fundoscopia e a ultrasonografia do Rim

### Hipótese Diagnóstica:

Hipertensão Arterial Sistémica estagio 2

Risco Cardiovascular : baixo. Calculo do risco cardiovascular da paciente pela escala

Framingham : 1 %

Variáveis Avaliadas	Pontos
Idade	3
Colesterol Total	3
Hábito de fumar	0
HDL	0
PA sistólica	4
Total	10
%	1

### Conduta:

- Orientada novamente sobre a alimentação adequada por exemplo: frutas, vegetais, peixe entre outros. Diminuir o consumo de Sal, gorduras, Carboidratos, cafeína . Redução no uso de bebidas alcoólicas  
Pratica de atividade física regular, caminhar 30 minutos ao dia.  
Controle do peso
- Aumento a dose de Enalapril  
Enalapril (10mg) um comprimido de 12 em 12 horas uso continuo  
Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido pela manhã.
- Controle de PA na UBS duas vezes na semana.
- Avaliação Oftalmológica (pendente).
- Agendada próxima consulta em quinze dias para avaliação dos exams pendentes.

**3ra consulta (13 /07/2017)****Dados da triagem:**

Idade:49anos Peso: 71kg Altura:163cm CA: 87cm PA:120x80mmhg

Paciente referindo sentir se bem, melhorou todos os sintomas que ela teve. Agora sem queixas.

**Exame físico**

Exame cardiovascular: Ruído cardíaco rítmico e bom tono, não sopro BC:82 bpm

PA: 120 x 80 mmhg Pulsos periféricos: Sincrónicos e normais

Resto do exame físico sem alterações

Controle de PA :

<b>Data</b>	<b>Manhã</b>	<b>Noite</b>
26/06/17	120x80mmhg	130x80mmhg
30/06/17	120x80mmhg	120x80mmhg
03/07/17	120x75mmhg	120x80mmhg
07/07/17	120x80mmhg	120x80mmhg
10/07/17	110x80mmhg	120x80mmhg

A paciente mantém cifras de PA em intervalos normais.

Fundoscopia : Normal

Ultrassom do Rim : Normal

**Hipótese Diagnóstica:**

Hipertensão Arterial Sistémica controlada.

Risco Cardiovascular : baixo.

**Conduta:**

- Orientações sobre como manter um estilo de vida saudável. Padrão alimentar adequado, redução do consumo de sal; moderação no consumo de bebidas alcoólicas; pratica de exercício físico regular.
- Manter o tratamento anti-hipertensivo de uso contínuo.
- Consulta medica anual na consulta de HIPERDIA .

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

Trabalho na equipe No 11, da UBS Waldir Viana, município Parintins, estado Amazonas. Atuo como médica em atenção primária no programa Mais médicos, faz aproximadamente 1 ano e 4 meses.

Segundo a portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a política nacional de Atenção Básica, no Brasil. A Atenção Básica define-se como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. ( Brasil, 2006).

Dentro dos principais objetivos da atenção primária encontra-se: a promoção e a prevenção da saúde . A promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas em evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças,(...). Além disso, incentiva condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida ...( wikipedia,2013).

A prevenção da saúde segundo Leavell & Clark (1976) é uma ação antecipada baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o processo posterior.

Apresenta diferentes níveis:

- **Prevenção Primordial** é o conjunto de atividades que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, económica ou cultural que se sabe estarem ligados a um elevado risco de doença.( wikipedia,2013).
- **Prevenção primária** é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica.( wikipedia,2013).
- **Prevenção terciária** é o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes. Poderia ser encarada como reabilitação do indivíduo.( wikipedia,2013).
- **Prevenção quaternária** é o conjunto de ações que visam evitar danos associadas as intervenções medicas de outros profissionais da saúde como excesso de medicação ou cirurgia desnecessárias. ( wikipedia,2013).

Desde o inicio de nosso trabalho, analisando os principais problemas de saúde da população conseguimos perceber que; após a alta incidência e prevalência de pacientes com risco cardiovascular em nossa população, nosso principal problema de saúde está relacionado ao atendimento prenatal; á alta incidência de mulheres gravidas em idades extremas, com doenças associadas e gravidez não planejada. Com base nessas questões, com o objetivo de melhorar esta situação decidimos realizar as seguintes ações:

- Cada quinze dias, realizamos conversas educativas nos centros educacionais sobre sexualidade, como prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e principalmente a gravidez na adolescência.
- Criamos um clube de adolescente que recebem uma preparação sobre os riscos e as consequências da gravidez na adolescência e, em conjunto com a equipe fazemos ações de saúde nas comunidades, pelo menos uma vez por mês.
- Todas as quintas feiras realizamos uma atenção priorizada da mulher, onde são dadas orientações sobre planejamento familiar; explicamos as medidas que as mulheres devem ter, antes de se tornar grávida e o momento mais adequado. Além disso convidamos as usuárias a fazer parte do grupo Mulher Saudável que

a equipe do NASF realiza uma vez por semana na praça central onde são dadas orientações e têm a possibilidade de consulta com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, odontologista entre outros.

- Na consulta prenatal (terça e quinta-feira na tarde), fazemos palestras dos cuidados na gravidez (dieta adequada, uso de roupa e calçados confortáveis, vacinação atualizada entre outros). Explicamos a importância de cumprir o cronograma de consultas prenatal, a importância da realização dos exames laboratoriais, a ultrassom e da avaliação odontológica ante do momento de parto.
- Realizamos visitas domiciliares das gestantes pelo menos uma vez por mês, onde realizamos uma troca de informações com os familiares e explicamos que é a maternidade e a responsabilidade de cada membro da família.
- Explicamos quais são os principais sintomas da aparição de doenças associadas com a gravidez como: a DHEG, anemia, doenças infecciosas vaginais, urinárias, respiratórias e as possíveis complicações como: sangramentos, convulsões etc.
- Para diminuir a incidência y prevalência da anemia que é uma das doença mais frequente em nossas gravidas e sua principal causa é a má alimentação; propusemos que o setor da agricultura y alimentação apoiara as ações de saúde fornecendo por exemplo uma bolsa de alimentação nestes casos.

Em relação ao atendimento das crianças e às praticas das puericulturas neste momento nosso principal problema está relacionado ao desmame precoce. Não basta que a mulher queira amamentar; precisa do apoio da família, pois o ato de amamentar é um processo delicado, longo e trabalhoso que ajuda na construção da identidade da mãe e seu filho.

Para evitar que o desmame precoce aconteça na minha equipe realizamos diferentes ações educativas:

- Desde a gravidez orientamos no sentido de preconizar a importância do aleitamento materno, com o objetivo de despertar nelas o desejo de amamentar.
- Na primeira semana de puerpério realizamos uma visita domiciliar onde orientamos os cuidados do recém nascido, identificamos os risco e/ou situação de vulnerabilidade, explicamos a importância da realização dos Teste do pezinho

e da orelha, orientamos as técnicas corretas da amamentação e a importância do apoio da família nesse momento.

- Realizamos exercícios de prática de amamentar, dando a possibilidade das mães adquirir habilidades para o aleitamento materno; e assim minimizamos as dificuldades iniciais tais como: ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastite, entre outros.
- Realizamos palestras onde damos a conhecer as vantagens da prática da amamentação, os benefícios e duração recomendada.

Alem disso, antes de começar a consulta (segunda-feira de manhã) a nossa equipe realiza palestras educacionais onde:

- Explicamos a importância de cumprir o cronograma de consulta.
- Explicamos como ocorre normalmente o desenvolvimento Psico-motor e antropométrico das crianças.
- Informamos sobre o esquema de vacinação. A idade que corresponde cada uma das vacinas e a doença que elas evitam.
- Explicamos a importância da suplementação de ferro e vitamina A.
- Orientamos sobre o desenvolvimento da dentição e a higiene bucal das crianças.
- Orientamos como evitar os acidentes
- Orientamos sobre a higiene e alimentação adequada.

No caso da saúde mental nossas ações são destinadas principalmente ao uso indevido de substâncias e/ou medicamentos, à dependência das drogas e/ou uso prolongado. Consciencializamos a este grupo de pacientes da necessidade de controle em consulta, sistemático; que a maioria das vezes o tratamento é indicado por um tempo determinado; devido ao risco de dependência. Explicamos a repercussão do uso deste tipo de medicamentos em outras doenças principalmente Cardiovasculares. Realizamos palestras onde damos a conhecer os principais sintomas das doenças mentais mais frequentes como : Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Doença de Alzheimer entre outras; e como enfrenta-las.

#### **4. ATIVIDADE 4 DO PORTFOLIO - VISITA DOMICILIAR**

A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde” (Ceccim e Machado, s/d, p.1).

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como: “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”.

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar 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).

Graças a que ela é feita no domicílio, permite que a equipe conheça à realidade social em que a família está inserida, seus valores, suas formas de cuidar aos demais e à sua rotina passada de geração em geração. Ela pode tanto substituir como complementar os cuidados iniciados em qualquer dos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Assim, “a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Alem disso, permite que as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio façam seu trabalho focado não só na assistência médica, mas também nos aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares.

O serviço de atenção domiciliar( SAD) possibilita que não existam ruturas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio. Potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde. Para isso, o SAD deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede (CAD 2012).

A assistência domiciliar é uma das modalidades de atenção mais importantes dentro da Estratégia de Saúde da Família. Esta atividade sendo desenvolvida com inteligência e de maneira oportuna pode chegar a ser determinante na continuidade do cumprimento dos objetivos de trabalho da equipe.

Em minha UBS para a realização da visita domiciliar, levamos em consideração os critérios de inclusão que são : que o paciente seja morador da nossa área, que tenha algum tipo de perda funcional, doença e/ou deficiência que comprometa seus afazeres diários, ter encaminhamento pós-alta hospitalar para dar continuidade dos cuidados em domicílio e ser o desejo da família que o usuário receba o cuidado. Nisso, os agentes comunitários de saúde desempenham um papel muito importante, pois eles fazem a investigação inicial dos pacientes que precisam desse tipo de cuidado. Para cumprir esta atividade temos organizada a escada da seguinte forma : Minhas visitas são todas as sexta-feira de manhã (08:00hs até 12:00hs), das minha enfermeira são todas as terça-feira, no mesmo horário e os ACS, todos os dias. Desta forma, garantimos a atenção a semana toda.

Primeiro, fazemos o planejamento das visitas na reunião da equipe que acontece todas as quinta feiras à tarde; no horário das 13:00 às 17:00 horas. Na reunião são analisados cada um dos casos que solicitaram o serviço ou que o ACS durante suas visitas detectou que precisavam do mesmo por determinada situação de saúde. Geralmente são agendadas entre 10 e 12 visitas semanais. Sua distribuição depende da complexidade de cada caso. São realizadas pela medica e/ou enfermeira da equipe, a técnica de enfermagem e ACS. Em algumas ocasiões, somos acompanhados por membros da equipe do NASF ( Psicólogo, Trabalhador Social,

Fisioterapeuta, Nutricionista etc.). Vale ressaltar que temos que melhorar neste aspecto. Às vezes, a avaliação dos casos pelo NASF demora muito .

Durante as visitas fazemos uma avaliação integral do paciente e da sua família, conhecemos o ambiente familiar, as micro-áreas de moradia; coletamos informações sobre condições económicas, sociais e sanitárias que possam influenciar o estado de saúde de forma positiva ou negativa. Além disso; aproveitamos o momento para realizar ações de promoção e prevenção de saúde, damos orientações aos cuidadores, às famílias e evacuamos qualquer dúvida que possa existir em relação aos cuidados da saúde, tanto individuais como coletivos. Todas essas informações são registadas no prontuário, nas fichas familiares e no livro das visitas.

Os procedimentos mais realizados são a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar no caso dos pacientes diabéticos. Vários meses atrás, tínhamos muitas dificuldade para realizar este tipo de proceder; já que, não tínhamos a fita; mas com a nova administração melhorou o subministro de insumos. Quando temos a necessidade de fazer outro tipo de estudos diagnósticos tais como: exame de laboratório, eletrocardiograma, radiografia, ultrasonografia etc. são previamente coordenados; por exemplo: no caso dos usuários que precisam de exame de laboratório, nenhum dos laboratórios disponíveis pelo SUS ficam perto da minha comunidade. Portanto, quando um pacientes têm alguma situação que lhe dificulta o acesso a este centro, nossa equipe é responsável pela coordenação com a instituição; e a coleta da amostra é feita no próprio domicílio. A diferença, nos casos que precisam ser deslocado para um serviço específico; infelizmente, até agora, não temos como garantir a data, horário e/ou transporte para a realização dos mesmos. No caso mais graves ou com piores condições, o transporte é solicitado na ambulância que, nem sequer são suficientes para atender as demandas da emergência. Por enquanto, nossa solução tem sido sempre com a família, que tem que assumir a responsabilidade do agendamento dos exames e transporte do paciente.

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações

familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde–doença da família, influenciando as formas de cuidar. (CAD 2012)

A família pode ser fonte de afeto e também de conflito. Ela fica sempre em constante transformação, se um do seus membro está precisando de assistência, sua família estará também. Daí, a importância de não olhar para ela de forma fragmentada, mas sim; trabalhar com todo seus membros. A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. (CAD 2012)

## **5. ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO- REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi uma das disciplinas mais, trabalhosas, interessantes e gratificante na minha vida profissional.

Trabalhosa : pelo idioma que não é minha língua materna, por ser minha primeira experiência com a metodologia de educação à distância, pelas dificuldades com a Internet devido á região do Brasil em que trabalho, pela necessidades constante de fazer pesquisa para expandir os conhecimentos e assim fornecer novas ideias nos intercâmbios com meu tutor e colegas de curso e por ser um um sistema de saúde diferente com fluxogramas e protocolos diferentes aos de meu pais. Porque no inicio tive um monte de problemas com o acesso á plataforma; não entendia como funcionava; todo era informatizado e na realidade, não sou muito parceira da informática. Estou mais acostumada ao estudo tradicional, direto no livro.

Interessante: porque agregou múltiplos benefícios tanto no plano pessoal como profissional por meio das aulas, módulos, atividades presenciais , avaliativas e principalmente nas discussões e troca de experiência das atividades que contemplavam casos fictícios, mas com situações e problemas que surgem no nosso dia a dia. Porque me permitiu conhecer como o sistema de saúde brasileiro estava estruturado, seus princípios, metas, leis, atributos, níveis de atenção e forma de trabalho. Porque consegui atualizar os protocolos e diretrizes e assim melhorar as praticas de toda a equipe no manejo das mais diversas doenças e agravos em nossa comunidade.

A pratica dos estudos com base nos casos clínicos, sem duvida, foram de inquestionável relevância para o desenvolvimento das minhas ações medicas na população e na realização deste trabalho final. A maioria contribuiriam para melhorar a qualidade dos cuidados; por exemplo, casos como Homero em que aprendemos como diagnosticar, tratar e estratificar o risco cardiovascular nos pacientes com Hipertensão arterial com a utilização da escala Framingham. Em minha área, antes de iniciar meu trabalho e aprender usar esta ferramenta; nenhum paciente hipertenso tinha a estratificação do risco feita. No entanto, hoje estamos num 90% graças ao conhecimento adquirido. O mesmo aconteceu com o caso Vera ou Samuel no

manejo da Diabetes Mellitus ou com Cláudia no manejo da dependência química (ou drogadição) de substâncias tanto lícitas como ilícitas que são bastante frequentes e que pelas condições dos pacientes, a falta de recursos materiais, humano, a falta de apoio dos familiares e da comunidade ou a falta de cooperação dos mesmos muitas vezes não são bem acompanhados.

O desenvolvimento do curso me permitiu organizar melhor meu trabalho, o trabalho da equipe, trabalhar com os grupos priorizados, organizar e explicar os termos acolhimento e demanda. Me permitiu identificar certas dificuldades que existiam em relação ao manejo dos pacientes, ao preenchimento adequado das fichas, dos livros e realização de alguns procedimentos.

Foi gratificante: Porque consolidou conhecimentos antigos e ao mesmo tempo revelou novas abordagens e novas tecnologias. Porque fiz novos amigos, ganhei mais experiência, confiança em o que eu faço, e como eu faço. Porque deu a oportunidade de conhecer melhor a população na que trabalho que, por suas localização geográfica, condições sócio-econômica, culturais e tradicionais torna se mais difícil. Porque embora as dificuldades, a trajetória foi muito boa, de modo que o esforço valeu a pena. Acima de tudo, porque me permitiu cumprir com os objetivos da Estratégia da Saúde da Família.

Acho que o conteúdo do Eixo 1 seria mais fácil de entender se, eles se relacionam com casos clínicos como no Eixo 2. Sugiro tentar uma maneira de fazer o curso onde o profissional não tenha que necessariamente usar a Internet. Especialmente com aquele que estão na região amazônica, zonas rurais, comunidade ribeirinhas ou comunidades indígenas onde a maioria das vezes não tem acesso nem sequer a telefone.

Um médico deve sempre manter-se atualizado. Por isso, posso dizer que tenho certeza que cresci muito nesse período, que os resultados são bastante gratificantes, que as aprendizagens foram úteis e que serão necessários no futuro.

## 6. REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular**. Brasília- DF /2006. Brasil. Ministério da saúde.

Brasil. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília- DF /2006

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 32. Atenção prenatal** . Brasília - DF /2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 33. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento**. Brasília - DF /2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 34. Saúde Mental**. Brasília - DF /2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília - DF /2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar Volume1**. Brasília/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar Volume2**. Brasília/2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Gerencia de Saúde comunitária. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para atenção Primária em Saúde. Porto Alegre-RS, Junho 2009. 19 p.

Brasil, MS -Pacto pela Saúde- Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Brasil 2006.

Ceccim, Ricardo Burg, Machado, Neusa Maria. **Contato Domiciliar em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s/d.7p

Leavel,H & Clark,E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo, Megraw - Hill, 1976,744.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n.1, 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 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)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

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.

Secretaria Municipal de Saúde. SESAM. 2013. **PLANO Municipal de Saúde 2014-2017**.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Promo%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_sa%C3%BAde](https://pt.wikipedia.org/wiki/Promo%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde)

[https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Preven%C3%A7%C3%A3o\\_prim%C3%A1ria](https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Preven%C3%A7%C3%A3o_prim%C3%A1ria)

## 7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



### PROJETO DE INTERVENÇÃO

***Ações de saúde para reduzir o risco cardiovascular em pacientes adultos na UBS Waldir Viana***

**Curso de Especialização em Saúde da Família-Mais Médicos.**

**Turma 15 de novembro -2016.**

**Tutor: Patrícia Barbara Dias.**

**Nome : Yamirka Vidal Guerra**

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares, têm-se revelado como importante causa de morbi-mortalidade no Brasil. Estes agravos apresentam inúmeros fatores de risco, entre os quais são reconhecidos a hereditariedade, a idade, a raça, o sexo, a hipertensão arterial, o tabagismo, as dislipidemias, a diabetes, a obesidade e o sedentarismo. O objetivo deste trabalho foi realizar uma proposta de intervenção para reduzir o risco cardiovascular na população adulta atendida na equipe XI da Unidade Básica de Saúde (UBS) Waldir Viana, Município Parintins, Estado Amazonas. Esta proposta de intervenção foi baseada em ações educativas no combate aos fatores de risco cardiovasculares com a participação da equipe XI da Unidade Básica de Saúde Waldir Viana. Inicialmente foi realizado um levantamento da incidência e prevalência a partir dos dados do Sistema Informação da Atenção Básica Municipal dos pacientes sobre doenças associadas a risco cardiovascular. Da incidência e prevalência geral da Equipe, retirou-se uma amostra de 40 pacientes que passam por ações educativas por meio de encontros de grupo, com a intenção de prevenir e alertar sobre as consequências dos riscos cardiovasculares. Pode-se concluir que a comunidade de São Benedito; comunidade de abrangência da unidade de saúde Waldir Viana apesar de conhecer os riscos para desenvolver alguma doença cardiovascular. Ainda não sabem claramente as doenças ou complicações que podem ocorrer e como evitar ou pelo menos reduzir o risco de desencadear-los. Portanto, sugere-se continuidade deste projeto e inserção de novas propostas de intervenção de forma frequente.

**Palavras-chave:** Doenças Cardiovasculares. Risco Cardiovascular. Prevenção.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVOS.....	08
2.1OBJETIVO GERAL.....	08
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	08
3. MÉTODOS.....	09
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
5. CRONOGRAMA.....	17
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	18
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	18
6.2 RECURSOS MATERIAIS.....	18
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	19
8. REFERÊNCIAS.....	20
9. ANEXOS .....	24
9.1 ANEXO 1 .....	24
9.2 ANEXO 2.....	25
9.1 ANEXO 3 .....	26
9.2 ANEXO 4.....	27

## INTRODUÇÃO

Parintins é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, próximo a divisa com o estado do Pará, Região Norte do país. Está situado na mesorregião do Centro Amazonense e microrregião de mesmo nome e localiza-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 369 quilômetros. Sua população foi estimada em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2015) (Wikipédia, a enciclopédia livre)

Em Parintins encontra-se a UBS Waldir Viana antigamente conhecida como São Benedito é uma das maiores do município, Atende uma população de 7775 habitantes e tem 3 equipe de Estratégia Saúde da Família (SESAM secretaria municipal de saúde, 2013).

Descrevendo a UBS ,Waldir Viana encontra-se localizada no bairro São Benedito, antigamente era conhecida como São Benedito por esta razão, depois de várias reformas em junho de 2002 passou a ser chamado Centro de Saúde de São Benedito “Waldir Viana”, em homenagem a um grande curador que existia em Parintins .

A equipe realizou o diagnóstico situacional que possibilitou levantar inúmeros dados referentes á população. Por exemplo, sua distribuição segundo o sexo e a faixa etária mostrado no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da população da equipe XI, UBS Waldir Viana segundo a faixa etária e sexo para o ano 2013.

Faixa etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
< 1ano	10	15	25
1- 4 ano	53	66	119
5- 6 ano	38	25	63
7- 9ano	62	51	113
10- 14 ano	102	109	211
15- 19 ano	143	137	280
20- 39 ano	406	440	846

40- 49 ano	147	181	328
50- 59 ano	111	124	235
> 60ano	180	239	419
<b>Total</b>	1252	<b>1387</b>	<b>2639</b>

Fonte:(**SESAM secretaria municipal de saúde, 2013**)

Como mostra o quadro número 1, Nossa equipe atende uma população de 2639 habitantes. O maior grupo populacional de nossa população está entre as idades de 29 a 30 anos, seguido da população com mais de 60 anos, e predominantemente o sexo feminino com um total de 1387 mulheres. Temos um total de 581 famílias cadastradas , com um 98,15 % de pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas e um 74,9% de pessoas de 7 - 14 anos na escola.( SEMSA 2013)

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), nossa equipe tinha cadastrado no final de 2013, 279 portadores de hipertensão arterial, 99 portadores de Diabetes Mellitus e 2 portadores de Tuberculose. Em 2013 a equipe registou 6 casos de dengue.

As principais causas de internação no ano 2013 segundo os dados SIH/DATA SUS foram complicações de Diabetes Mellitus, pressão arterial, Acidente Vascular Cerebral, e câncer. Quanto as principais causas de óbitos no ano 2013 foram: Infarto Agudo do Miocárdio (IMA), Doenças Cérebro-vasculares, câncer em estágio terminal e acidentes de trânsito.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. A estrutura de saneamento básico na área de abrangência de nossa equipe não é muito boa, conta com coleta de lixo deficiente e instalação sanitária na maioria das residências. Temos famílias em situações precárias de moradia. O abastecimento de água tratada é feito em 100 % das residências e o recolhimento de esgoto por rede pública em 2,58 % , 96,90% por fossa e um 0,52 % a céu aberto.

Durante as consultas e visitas domiciliares , notamos a alta incidência e prevalência de pacientes adultos com doenças cardiovasculares em um setor da comunidade.

Neste momento as doenças cardiovasculares estão entre as principais causa de internação hospitalar e morte no município e em minha área de abrangência especificamente(SEMSA). Sua incidência e prevalência relaciona-se com a presença de fatores de risco cardiovascular (FRCV ) que estão presentes na população adulta e, de não ser modificado continuam a aumentar o numero de adultos com este tipo de doença. Os Fatores de risco cardiovascular (FRCV) são condições que predisõem uma pessoa a maior risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos ( Veias, Artérias e capilares)(GIROTTI 2009). Nossa comunidade tem muitas pessoas que têm esses riscos. Devido á ignorância e falta de percepção de risco, tanto da população, como o pessoal de saúde aparecem doenças que podem ser evitadas.

Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares.Para uma melhor compreensão, eles são divididos em dois grupos: Imutáveis e Mutáveis

Os fatores Imutáveis: são aqueles que não podemos mudar por exemplo :

- Hereditários
- Idade
- Sexo
- Raça

Os fatores mutáveis são aqueles sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando por exemplo:

- Fumo
- Distúrbios lipídicos
- Pressão arterial elevada
- Estilo de vida sedentário
- Obesidade

- Diabete Mellitus
- Utilização de contraceptivos orais.

Este trabalho se justifica pela alta incidência e prevalência das doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial entre adultos na comunidade. Pelo grande número de pessoas com níveis elevados de pressão arterial que não são controlados e, por aumento do risco cardiovascular e das sua consequência. Para uma prevenção adequada das doenças cardiovascular é necessário uma boa estratificação do risco e real controle do fator predisponente. Por estas razões decidimos fazer um trabalho onde, serão tomadas as medidas de intervenção em saúde para reduzir o risco cardiovascular em pessoas adultas.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Realizar ações para reduzir a exposição aos riscos cardiovasculares na população adulta atendida na Unidade Básica de Saúde Waldir Viana do município Parintins, Estado Amazonas .

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar os fatores de riscos cardiovasculares prevalente nos pacientes adultos e as condições de vida que possam influenciar no aumento dos mesmos .
- Avaliar Incidência e prevalência dos fatores de risco cardiovascular entre os adultos atendidos na minha área .
- Realizar ações para a diminuição de riscos cardiovasculares e que melhorem as condições de vida dos pacientes na minha área .
- Realizar palestras sobre as doenças cardiovasculares e sua prevenção e aumentar os conhecimentos dos adultos atendidos em nossa unidade de saúde .

### 3- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção em saúde será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. A intervenção envolve um número de 40 pacientes adultos cadastrados como risco de doenças cardiovasculares da equipe XI, da Unidade básica de saúde (UBS) Waldir Viana, Município Parintins, estado Amazonas . Trabalharemos somente com pacientes com fatores de risco modificáveis, pois, aqueles com classificação de risco não modificáveis, como se diz, não pode ser modificado, de modo que o objetivo da intervenção proposta, nestes casos, não seria atingido. A equipe envolvida será composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde. Além disso, para subsidiar a elaboração do projeto e seu referencial teórico será realizada uma revisão narrativa da literatura sobre os diferentes temas abordados no desenvolvimento deste trabalho. Todas as ações serão realizadas na própria unidade de saúde, consultório e sala de espera, dependendo do tipo de ação a executar, e a necessidade dos recursos necessários para sua execução.

A implementação deste método vai passar por quatro etapas ou momentos:

1. Etapa ou momento explicativo: Nesta etapa vamos conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar principais problemas. Inicialmente será necessária a identificação da população adulta com fatores de risco de doenças cardiovasculares cadastradas na população atendida por nossa equipe na unidade de saúde ; para assim, direcionar as ações para reduzir a exposição aos riscos cardiovasculares.
2. Etapa ou momento normativo: Nesta etapa vamos elaborar ou formular as ações que vamos fazer para reduzir os riscos identificados no grupo selecionado . Os pacientes selecionados serão visitados pela equipe para verificar a disponibilidade de cada um deles para participar no projeto intervenção e dar uma explicação dos objetivos e sua importância. Neste momento nós aplicamos o consentimento informado, ou seja, o paciente vai preencher um modelo que expressa que ele concorda em participar do projeto.

3. Etapa ou Momento estratégico: Nesta etapa vamos analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado. Para isso, vamos fazer um agendamento de consultas individuais dos pacientes selecionado numa data estabelecida, onde vamos a realizar um exames físicos rigorosos, avaliação nutricional de cada um dos pacientes e indicar exames laboratoriais para avaliar cifras de glicose, Acido Úrico, colesterol e triglicerídeos em sangue. Além disso vamos a aproveitar esta oportunidade para enfatizar a importância da consulta de acompanhamento e avaliar o nível de conhecimento dos pacientes, utilizando um questionário.
4. Etapa ou momento tático-operacional: Nesta etapa vamos fazer a implementação do plano , será realizada outra consulta, na unidade de saúde, onde vamos avaliar os resultados dos exames de sangue, além disso, vamos realizar palestras educativas em determinadas datas. Durante a palestras os pacientes serão incentivados a expressar seus pontos de vista, experiências vividas e os aspectos positivos e negativos experimentados com a intervenção, e assim realizar avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe. Será discutido o desenvolvimento do projeto durante as reuniões que são realizadas com toda a equipe de saúde para possíveis intervenções se necessários.

<b>DIA</b>	<b>TEMA</b>	<b>PALESTRANTE</b>
1º	Acolhimento e explanação do projeto Aplicação do questionário	Equipe de Saúde
2º	Conceptualização de fatores de risco	Médica
3º	Explicação de que são as doenças cardiovasculares e as principais causas.	Médica
4º	Complicações e seqüelas das mesmas. Sintomas e signos	Médica - enfermeira
5º	Como prevenir as doenças cardiovasculares e como atuar se elas aparecem	Médica - enfermeira
6º	Discussão analítica e global do projeto	Equipe de Saúde
	Aplicação do questionário	
	Confraternização.	

## 4- REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares compreendem a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva” (SBC, 2013, p. 2)

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Segundo dados de atestado de óbito dentre as doenças cardiovasculares em 1998 no Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC) foi a primeira causa de morte seguida da doença isquêmica do coração (DIC). Na maior parte dos casos tanto o AVC como a DIC têm etiologia conhecida sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos (BRASIL, 2013).

Para preparar o país, nos próximos dez anos, para enfrentar e deter as doenças crônicas, incluindo as DCV, no final de 2011, foi lançado, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, pág. 30), o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, no período de 2011 a 2022, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. No Brasil, aproximadamente um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos (BRASIL, 2012).

Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), entre outros, que predispõem o indivíduo a maior risco de ocorrência de DCV’ (PANSANI e.al., 2005; SBC, 2007 apud GIROTTO et. al. 2009, p.78).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia coloca o tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, Hipertensão Arterial Sistólica, e dislipidemias como os fatores de risco mais evidentes quanto ao âmbito da saúde cardiovascular no Brasil em suas últimas diretrizes (BRASIL, 2006).

Na etiologia do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), principalmente a hipertensão sistólica, é o mais importante fator de risco. Além desses, uma série de outros fatores de risco foram descritos e potencializam os fatores independentes; esses são denominados fatores predisponente. Dentre os fatores predisponente tem-se: história familiar precoce de Doença Isquêmica do Coração - DIC, obesidade - principalmente a do tipo central, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Um terceiro grupo de fatores de risco, cujo papel na aterogênese é provável, contudo ainda não totalmente demonstrado, é denominado grupo de fatores condicionais. Nesse grupo encontram-se triglicérides, lipoproteína, homocisteína, LDL pequena e densa, fibrinogênio e fatores inflamatórios. Esses últimos poderiam ser apenas marcadores e não fatores de risco (BRASIL, 2013).

[...] os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: os não-suscetíveis à modificação, como hereditariedade, idade, raça e sexo, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos, como hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemias, diabetes, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais e estresse (BLOCH et al., 2006; MAIA et al., 2007; TAVARES, 2000 apud GIROTTO et al., 2009, p.78).

Estudos mostram a importância das dislipidemias, fumo, idade e diabetes mellitus como fatores de risco independentes para a aterosclerose e como consequência para a doença arterial sistêmica. O Índice de Massa Corporal (IMC) também está associado ao aumento da prevalência de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hipertrigliceridemia. Os dados da literatura mostram que o controle dos fatores de risco independentes diminui notadamente a morbimortalidade à aterosclerose (FONSECA, 1999).

## **FATORES DE RISCO**

### **IDADE**

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), o fator determinante não modificável mais importante para a doença cardiovascular é a idade. O risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral dobra a cada década após os 55 anos.

## **RAÇA**

[...] As pessoas de cor/raça negra parecem apresentar um diferencial hereditário na captação celular de sódio e cálcio, atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao e fluxo celular de cálcio, facilitando o aparecimento da HAS[...] (CRUZ e LIMA, 1999 apud PIRES, 2012, p.30).4.2.3

## **GÊNERO**

[...] A baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas por homens, a exemplo da HAS e diabetes mellitus, considerando que é menor o seu contato com os serviços de saúde, principalmente no setor público. Já as mulheres, por sua vez, frequentam mais esses serviços, parecem aceitar mais facilmente a doença e com menor custo social [...](PIRES, 2013, p.30).

## **RENDA FAMILIAR**

‘[...] as pessoas mais pobres estão expostas às piores condições de saúde, pois a renda tem relação direta com a expectativa e a qualidade de saúde[...]’(KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008 apud PIRES, 2013, p.30)

## **ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR**

A hereditariedade apresenta-se como fator de risco não modificável, mais especificamente relacionada aos parentes consanguíneos de primeiro grau, que se constitui em forte preditor para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (PIRES, 2013, p.30).

## **FUMO**

Cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por DCVs.[...] O consumo de tabaco vem diminuído na população em geral, porém apresentou incremento entre os indivíduos de baixo nível socioeconômico e entre as mulheres. Nas mulheres, seus efeitos parecem ser maiores, relacionando-se ao metabolismo acelerado da nicotina, com maior relevância naquelas que fazem uso concomitante de contraceptivos orais (Cardiologia 2013)

## **OBESIDADE**

Este fator de risco tem sido considerado a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento da sua incidência. A prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo e vem se tornando o maior problema de saúde da sociedade moderna atingindo aproximadamente 10% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A antropometria é o método mais utilizado no diagnóstico do sobrepeso e da obesidade [... ]Entre os indicadores antropométricos mais utilizados estão o índice de massa corporal e a circunferência abdominal'. (SBC, 2013, p.15).

Isoladamente, o IMC igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup> em pessoas adultas, sem associação a outro fator de risco, é suficiente para atestar um alto risco cardiovascular.(SBC, 2013, p. 15).

[...] fatores de risco como a obesidade central e sua associação com a síndrome metabólica e o Diabetes Mellitus teriam tido aumento de prevalência, fato que aumenta o número de pacientes expostos ao risco de doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

## **INATIVIDADE FÍSICA**

A inatividade física é um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doença coronariana. Este fator de risco está associado à maior mortalidade por enfermidades cardiovasculares, além de estar relacionado ao sobrepeso e à obesidade. Evidências apontam efeitos benéficos da atividade física também na prevenção do acidente vascular cerebral. [...]. A prática regular de atividade física na modalidade moderada a vigorosa reduz significativamente a pressão arterial de repouso em normotensos e adultos hipertensos. Além disso, o risco de desenvolver HAS é maior entre os indivíduos que praticam pouco ou não praticam atividade física[...]'(BEUNZA et al., 2007; WHELTON et al., 2002 apud PIRES 2013, p.3).

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A Hipertensão Arterial é reconhecida como um fator de risco maior para Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Arterial Coronária (DAC), Insuficiência

Cardíaca Congestiva (ICC) e Insuficiência Renal. Assim, é importante diagnosticar a presença de lesão em órgãos-alvo e a presença de outros fatores de riscos associados.[..] (LIBERMAN, 2007, pág. 18).

No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das DCV, com destaque para o AVC e o IAM, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Além disso, a HAS e as doenças relacionadas à elevação da pressão arterial são responsáveis pela alta frequência de internações, em função da lesão vascular dos seus principais órgãos-alvo, como coração, cérebro e rins (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010, p.1).

#### DISLIPIDEMIAS

“Ocorrem devido ao aumento do colesterol total e LDL-C (lowdensity lipoprotein), aumento dos níveis de triglicerídeos, ou de ambos, e/ou redução do HDL -c, sendo classificadas em hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia isolada ou mista, na presença de ambas”[..](PIRES, 2013, p.41)

Podem ser classificada em primária, de origem genética, ou secundária, causada por outras doenças ou uso de medicamentos. (CARAMELLI; GIULIANO, 2005 apud SBC, 2005).

#### HÁBITOS ALIMENTARES

As pessoas que consomem grandes quantidades de gordura têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de aterosclerose coronariana e aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura. Isto se deve ao fato de que alto consumo de gorduras na dieta frequentemente inclui grandes quantidades de colesterol e gorduras saturadas, os quais resultam em maior risco de desenvolver um perfil aterogênico (SBC, 2013p. 12).

[..] Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades, e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais

amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis de saúde (OMS, 1988).

A prevalência e incidência de doenças cardiovasculares em adultos aumentam a cada decênio de vida, dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares através da redução dos fatores de risco cardiovascular nas comunidades, a partir da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade (BRASIL, 2013).

## 5- CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017	Mai 2017	Junho 2017	Julho 2017
Elaboração do projeto							
Identificação da população							
Estudo do referencial teórico							
Implantação e desenvolvimento do projeto							
Palestras							
Consulta individual							
Avaliação de exames laboratoriais							
Análise dos resultados							
Confraternização e Divulgação dos resultados							

## **6- RECURSOS NECESSÁRIOS:**

### **❖ 6.1 Recursos humanos:**

Para o desenvolvimento deste trabalho contamos com: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito ACS que integramos a equipe de saúde da família XI da Unidade de Saúde Waldir Viana.

### **❖ 6.2 Recursos Materiais.**

Precisamos os seguintes recursos materiais: sala para realização das palestras, um Computador, prontuários dos pacientes, pasta para arquivo do planejamento das atividades, um glicômetro, um esfigmomanômetro, uma balança, um tallímetro, modelo de requisição para exames laboratoriais, Canetas, folhas, presentes nas atividades.

## **7- RESULTADOS ESPERADOS**

- ❖ Elevar os conhecimentos da população dos Fatores de risco cardiovascular .
- ❖ Que através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do grupo alcançarão a percepção dos fatores de riscos e das suas complicações.
- ❖ Que os paciente do grupo entenderão necessidade de ter uma alimentação saudável, de não ter vida sedentária, de fazer atividade física, de não ter hábitos tóxicos e de manter cifras de colesterol e triglicérideos boa, entre outras.
- ❖ Diminuir a morbimortalidade pelo Risco Cardiovascular
- ❖ Estimular a equipe a continuar o trabalho com toda população que apresenta risco cardiovascular.

## 8- REFERÊNCIAS

1. ALVES, V.; NUNES, M. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface - Comum Saúde e Educação*, v. 10, n. 19, p.131-147, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no. 37. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Consulta de enfermagem para estratificação do risco cardiovascular. 2013, p.19-22; 38-40.
4. CARNELOSSO, M.L.C. et al. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares na região leste de Goiânia – Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15: Supl. 1; 2007. p 11.
5. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciênc. Saúde coletiva* vol.15 supl.1 Rio de Janeiro June 2010.
6. Chobanian AV. Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly. *N Engl J Med*. 2007; 357(8):789-96.
7. DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2007**. Acesso em 30 abr 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2007/matriz.htm#mort>.
8. Emerging Risk Factors Collaboration; Di Angelantonio E, Sarwar N, Perry P, Kaptoge S, Ray KK, Thompson A, et al. Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. *JAMA*. 2009; 302(18):1993-2000.

9. FONSECA, I. **Dislipidemias**. In: Cardiologia para o clínico geral. [S. 1: s.n. ]. 1999. p.165 -75.
10. GIANNELLA, Neto. **Diabetes Mellitus**. In: Risco Cardiovascular Global. São Paulo: Lemos, 1999. p.77-102.
11. Laaksonen DE, Niskanen L, Nyssönen K, Lakka TA, Laukkanen JA, Salonen JT. Dyslipidaemia as a predictor of hypertension in middle-aged men. Eur Heart J. 2008; 29(20):2561-8.
12. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A; International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet. 2008; 371(9623):1513-8.
13. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and baseline health profile of participants. Cad Saude Publica. Forthcoming [submitted: tem1008161] 2011
14. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006; 367(9524):1747-57.
15. MCQUEEN, D.V. Continuing Efforts in Global Chronic Disease Prevention. **Prevention Chronic Disease**; v. 4, n.2, p. 21, 2007.
16. MOLINA, C.; HERKENHOFF; M. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p.743-750, 2003.
17. Moreira LB, Fuchs SC, Wiehe M, Gus M, Moraes RS, Fuchs FD. Incidence of hypertension in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. J Hum Hypertens. 2008; 22(1):48-50.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Glossário de Promoção da Saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS); 1988.

19. ORTEGA, M.; NOBRE, D. **Hipertensão Arterial**. In: Risco Cardiovascular Global. São Paulo: Lemos, 1999. 65–76p.
20. PANSANI, A. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.12, n.1, p.27-31, 2005.
21. Pires, C.G.S. **Fatores de risco entre graduando de enfermagem do primeiro e último ano letivos**. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012. Disponível em <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11768/1/Tese\\_Enf\\_CI%C3%A1udia%20Pires.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11768/1/Tese_Enf_CI%C3%A1udia%20Pires.pdf)>.
22. Portal Saúde [ internet ] Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, 2012 [ citado em 2015 ] disponível: [HTTP:// portal saúde .saúde .gov.br](http://portal.saude.gov.br)
23. Secretaria Municipal de Saúde. SESAM. 2013. **PLANO Municipal de Saúde 2014-2017**.
24. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013
25. VIGITEL Brasil 2011: **Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da saúde, 2012.
26. Weschenfelder M. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificável e não modificável na estratégia saúde da família. Rev. enfermeira global. 2012 26 (2): 363 {citado em 2012}.
27. World Health Organization(WHO). 65th World Health Assembly closes with new global health measures. [Access in 2013 Nov 1]. Available from:

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/what65\\_closes\\_20/20526/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/what65_closes_20/20526/en/).

## 9- ANEXOS

### 9.1 Anexo 1

Nomes: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

1. Concorda participar em participar do Projeto de intervenção para tentar reduzir o risco cardiovascular ( ) sim ( ) não

Assinatura -----

## 9.2 Anexo 2

Nomes: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

1) Hábitos Tóxicos

Álcool ( ) tabagismo ( ) Droga ( )

2) Realiza algum tipo de atividade física?

( ) sim ( ) não

3) Tem ou teve sobrepeso?

( ) sim ( ) não

4) Tem obesidade?

( ) sim ( ) não

5) Apresentou ou apresenta colesterol ou triglicerídeos elevados?

( ) sim ( ) não

6) Você tem Diabetes Mellitus?

( ) sim ( ) não

7) Você tem Hipertensão Arterial?

( ) sim ( ) não

8) Aceita participar de reuniões com o intuito de melhor esclarecer quais são os riscos cardiovasculares?

( ) sim ( ) não

### 9.3 ANEXO 3

#### SCORE DE FRAMINGHAM:

➤ BAIXO RISCO/ INTERMEDIARIO

Tabagismo. -----

Hipertensão. -----

Obesidade. -----

Sedentarismo. -----

Sexo masculino. -----

História familiar de evento cardiovascular prematuro ( homem : menos de 55 anos e mulher menos de 65 anos). -----

Idade > 65 anos -----

➤ Alto risco:

Acidente vascular cerebral prévio -----

Infarto agudo do miocárdio prévio. -----

Ataque isquêmico transitório. -----

Hipertrofia de ventrículo esquerdo. -----

Nefropatia. -----

Retinopatia. -----

Diabetes Mellitus. -----

Aneurisma de aorta abdominal. -----

Estenose da carótida sintomática. -----

## 9.4 Anexo 4

1. Você compreendeu as informações expostas?

- SIM -----
- NÃO -----
- DUVIDOSO (A) -----

2. Você se compromete a mudar os seus estilos de vida?

- SIM -----
- NÃO -----

3. Você apresenta algum dos riscos cardiovasculares expostos?

- SIM -----
- NÃO -----

4. Você compreendeu a importância da adesão ao tratamento?

- SIM -----
- NÃO -----

5. Você achou positivo o projeto para melhorar a sua saúde?

- SIM -----
- NÃO -----

-----