

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosângela Maria Silva Xavier

ATENÇÃO BÁSICA: ESPAÇO DE EMPODERAMENTO DO INDIVÍDUO,  
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

URUCURITUBA

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosângela Maria Silva Xavier

ATENÇÃO BÁSICA: ESPAÇO DE EMPODERAMENTO DO INDIVÍDUO,  
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do  
Curso de Especialização em Saúde da Família

URUCURITUBA

2016

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO - CASO M.....	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....	10
4 – VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO .....	13
5 – REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	15
REFERENCIAS.....	17
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	20

## 1. INTRODUÇÃO

Rosângela Maria Silva Xavier, médica formada pela Universidade do Estado do Amazonas no ano de 2013. Trabalhou seis meses no município de Manacapuru, seis meses no município de Careiro Castanho, um ano no barco da saúde no Careiro da Várzea e atualmente atua na Unidade Básica de Saúde (UBS) Domingas Rolim Mourão, localizado no município de Urucurituba (AM).

A UBS Domingas Rolim Mourão localiza-se no centro da cidade, e foi inaugurada em Novembro de 2013. Sua estrutura física tem terreno delimitado em 150 metros quadrados, funcionando das 7h às 17h. A estrutura é composta de recepção/ triagem, sala de espera, consultório médico, sala de vacina, farmácia, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de telessaúde, sala de coleta, sala de observação, sala de curativo, sala de nebulização, uma copa e, banheiros para usuários e banheiro para funcionários.

A equipe da unidade de saúde é composta por uma médica, uma enfermeira e 10 agentes comunitários de saúde. Na unidade também funciona o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma fisioterapeuta, uma nutricionista, um educador físico, uma psicóloga e uma Assistente Social. Através da equipe do NASF, é possível oferecer um atendimento mais completo às demandas do paciente que busca a unidade de saúde.

A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS possui cerca de 2535 usuários adscritos, divididos em 810 famílias, mas oferece atendimento a usuários de outras áreas, quando os mesmos comparecem à unidade. Há, na área de abrangência da unidade, estruturas comunitárias que auxiliam na atuação da equipe multiprofissional de saúde, conforme a necessidade e demanda da população, além de parcerias como a do Programa Saúde na Escola (PSE). Escolas e igrejas, que fazem parte da área denominada Urbana II (que compreende os bairros São Lázaro e Liberdade), são usadas para realizar pesagem e controle de programas sociais, como bolsa família; sensibilizações sobre saúde bucal, vacina HPV, além de administração de derivados imidazólicos, usados no combate à verminoses.

No que diz respeito às principais patologias tratadas na unidade, Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) têm se destacado, seguidas de parasitoses ou micoses superficiais. Em relação aos atendimentos oferecidos, a maior procura é pelos programas de Atenção a Saúde da Mulher, Saúde da Criança, bem como Atenção à Saúde do Idoso, porém em menor aderência que os anteriores, todos com atendimentos realizados pela médica e pela enfermeira.

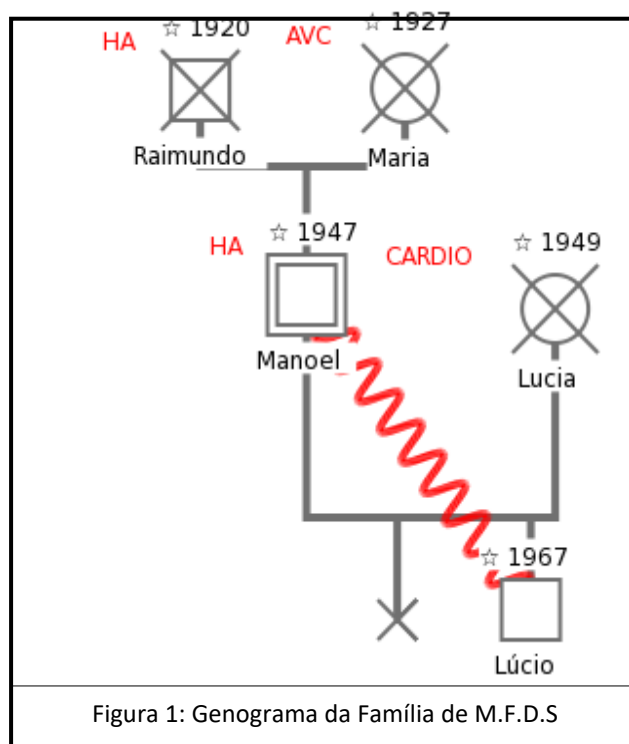
O tema escolhido para o projeto de intervenção foi a prevenção e o controle da HAS e DM 2 , buscando sensibilizar a população já acometida acerca do controle, além de identificar novos pacientes para iniciar tratamento. O projeto justifica-se pela baixa adesão da população hipertensa e diabética da área ao tratamento oferecido na unidade, traduzido pela ausência em consultas, descontrole glicêmico, descontrole nos valores de pressão arterial e alguns casos, consequências advindas das patologias, relatadas pelos usuários ou seus familiares. Além das observações locais, dados mundiais mostram que o número de pessoas com pressão alta, diabetes e obesidade está drasticamente aumentando em todo o mundo.

Baseado nisso, foi proposto o projeto de intervenção denominado “Educação em Saúde: campanha multidisciplinar de conscientização da prevenção e controle da hipertensão e diabetes no município de Urucurituba – AM”, que poderá ser encontrado nos anexos deste portfólio, identificado como anexo 1.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO - CASO M

### 2.1. Identificação

M.F.D.S., sexo masculino, 69 anos, pardo, aposentado, reside em Urucurituba. Mora sozinho desde que ficou viúvo em 2013. Tem um filho de 49 anos, que reside em Manaus com a sua família, com quem mantém pouco contato desde a perda da esposa. Foi diagnosticado com Hipertensão Arterial Sistêmica em 2015.



### 2.2. História Progressa e Familiar

No ano de 2015, procurou o serviço de saúde por conta de uma agressão que sofreu, onde fraturou a ulna e teve que imobilizá-la no hospital da cidade. Após isso, a equipe da UBS iniciou acompanhamento do mesmo e a médica solicitou exames de rotina para acompanhar sua saúde. O paciente relatou que frequentemente sua pressão ficava “alta”, mas como ele sentia melhor, nunca sentiu necessidade de procurar o serviço de saúde para saber o por que.

Num intervalo de uma semana entre cada medida, aferiu-se a pressão arterial do paciente, que obteve valor médio de 155x90 mmHg

Mãe falecida por Acidente Vascular Encefálico e pai, portador de Hipertensão Arterial.

### **2.3. Perfil psicossocial e Hábitos**

Mora sozinho, em casa própria, de alvenaria. Filho mora na capital do estado, com sua família. O relacionamento tem enfrentado problemas desde que a esposa de M. faleceu. É aposentado, estudou apenas até o ensino fundamental.

Refere grande consumo de peixe, evitando gorduras ou óleos, diz ter diminuído a quantidade de sal nos alimentos, porém não abre mão do café no dia-a-dia. Etilista e tabagista a 55 anos, parou de consumir quando foi diagnosticado com HAS.

### **2.4. Práticas corporais/Atividade Física**

Relata não praticar atividades porque já caminha de casa até a cidade para ir ao mercado e faz as atividades de cuidado de sua casa.

### **2.5. Medicamentos em uso**

Faz uso de Anlodipino, Losartana, Hidroclorotiazida, AAS.

### **2.6 Acompanhamento**

**30/09/2015** – Queixa Principal: Relata vertigens, taquicardia, sudorese. Ao exame: AP: Murmúrios vesiculares presente, diminuídos em base E. AC: Ritmo cardíaco irregular, bulhas hipofonéticas em 3T e ritmos de galope. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão mal controlada. Solicitados exames: Hemograma, Glicemia de Jejum, Colesterol Total, Triglicérides, Uréia/ Creatinina, TGO/TGP, Colesterol, EAS, Ácido Úrico. PSA, ECG. Prescrito: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino. Realizar MAPA. Encaminhado ao Centro de Idosos. SSVV: PA -180x100 mmHg.



**29/10/2015** – Compareceu com o MAPA, apresentando média pressórica de 155x85 mmHg. Relatou vertigens após caminhadas. Hemoglobina:14,4; Hematócrito: 43%; Leucograma: 73000; Glicemia de Jejum: 131,0; Colesterol:151; TGO:24/TGP:19; Ureia:39;Creatinina:0,9; Acido Urico:8,3. Renovo receita prescrita para HAS e solicito repetição do exame de glicemia de jejum. SSVV: PA-140x90 mmHg.

**24/11/2015** – Sem queixas. Paciente com sobrepeso.Renovação de receita: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino, AAS. Oriento sobre dieta e participação no clube de idosos para controle de peso. SSVV: PA-140x70 mmHg.

**15/12/2015** – Sem queixas. Paciente continua apresentando IMC de 25,7, indicando sobrepeso. Renovação de receita pela Enfermeira: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino, AAS. Reforço orientações sobre dieta e exercícios. SSVV: PA – 120x70 mmHg.

**18/01/2016** – Sem queixas. Renovação de receita pela Enfermeira: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino, AAS. SSVV: PA – 120x70 mmHg. Orientações sobre exercícios.

**16/02/2016** – Sem queixas. Renovação de receita pela Enfermeira: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino, AAS. Diminuição do sobrepeso, com IMC 25,3. SSVV: PA – 140x90 mmHg.

**02/06/2016** - Paciente HAS sem uso de medicações contínuas, compareceu para consulta. Refere que passou uns meses com familiares em outro município, por isso não compareceu as consultas mensais. Relata também ansiedade por estar tendo conflitos com filho. Ainda apresenta sobrepeso. Solicito exames: Hemograma, EAS e EPF. Prescrevo Losartana, Anlodipino, Hidroclorotiazida, AAS e acrescento Ranitidina, Quelatus Senior (Vitamina). Encaminho para educador físico, para planejamento de atividades e psicóloga, por conta dos conflitos com filho. SSVV: PA-160x90 mmHg.

**20/06/2016** – Compareceu a consulta médica. Apresenta diminuição do peso, alcançando IMC 25,0, não mais apresentando sobrepeso. Resultado do exame parasitológico de fezes suspeito, prescrevo Albendazol. Aguardo resultado de EAS e Hemograma. SSVV: PA- 130x80 mmHg.

**12/08/2016** – Sem queixas, compareceu para renovação de receita pela Enfermeira: Losartana, Hidroclorotiazida, Anlodipino, AAS, Ranitidina, Quelatus Senior. SSVV: PA – 130x 80 mmHg.

**13/12/2016** – Visita domiciliar. Paciente apresenta dislalia e hemiparesia esquerda, pois sofreu AVC há cerca de uma semana, segundo informações de seu filho. Prescrevo Losartana, Complexo B, Gastrogel, Decadron. Solicito para investigação de DM 2, exames de glicemia de jejum e hemoglobina glicada. SSVV: PA – 140x70 mmHg. Glicemia: 252. Solicito visita da fisioterapia para iniciar reabilitação do paciente.

## **2.7. Mudanças na Conduta**

No decorrer do curso, foi possível perceber a importância de envolver outros profissionais no cuidado do paciente, o que levou a profissional a encaminhar o paciente ao educador físico e ao psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para prover um atendimento integral a todas as necessidades que o paciente apresentava.<sup>(1,2)</sup> Com essa mudança, foi possível perceber uma melhora no quadro do paciente, no diz que diz respeito à diminuição de seu peso, saindo do patamar de sobrepeso.<sup>(3,4,5)</sup>

Além disso, houve melhora no seu relacionamento com o filho, percebido na visita domiciliar, em que o mesmo estava presente cuidando de seu pai. A melhora no relacionamento reflete em maior controle dos valores pressóricos, pois o suporte social incentiva o paciente a aderir aos tratamentos.<sup>(6,7)</sup> Além desses profissionais citados, um profissional de fisioterapia também foi solicitado para prover assistência na reabilitação motora do paciente, que foi comprometida em decorrência do AVC.<sup>(8)</sup> As prescrições medicamentosas foram baseadas nas recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia.<sup>(3)</sup>

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

Na UBS Domingas Rolim, há grande demanda de crianças sendo acompanhadas, oportunizando a aplicação de diversas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde e apoiadas em evidências científicas.

As principais práticas aplicadas são:

**Avaliação do cartão da criança**, para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento, bem como sua situação vacinal, tal como recomenda o caderno de atenção básica nº 33, que trata sobre crescimento e desenvolvimento infantil. Os principais indicadores das condições de saúde de uma criança são seu crescimento e desenvolvimento, de forma que o Ministério da Saúde tem como prioridade acompanhar essa criança desde o nascimento até os dez anos de idade na atenção básica, através da consulta de puericultura, buscando a detecção precoce de possíveis alterações e evitar também possíveis complicações.<sup>9,10</sup>

**Realização da Triagem Neonatal**, para identificar precocemente as crianças que possuam doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, a fim de sejam tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas ou óbito. Essa triagem deve ser realizada em todos os nascidos, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em no inciso III, do Art. 10, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, onde diz que os hospitais e estabelecimentos de saúde, públicos ou particulares, são obrigados a proceder exames que busquem diagnosticar e tratar anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como orientar os pais que buscarem esse serviço.<sup>11,12</sup>

**Estímulo ao aleitamento materno**, pois tal prática diminui a morbidade infantil, fortalecimento da imunidade, além de formação de vínculo entre a mãe e o bebê. É importante esclarecer as dúvidas, orientar sobre a livre demanda, sobre não-necessidade de suplementação com outros alimentos até os seis meses, além de propiciar um momento onde o cuidador possa se manifestar em relação a seus sentimentos e dúvidas.<sup>9</sup>

**Diagnóstico e tratamento de doenças prevalentes na infância:** pneumonia, diarreia, otite, doença febril, anemia e desnutrição, abordadas pela estratégia AIDPI<sup>13</sup> (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância), juntamente com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, já citados anteriormente e parte da prática na unidade de saúde. Essa estratégia da atenção primária busca reduzir a mortalidade, como também a frequência e gravidade das sequelas ocasionadas por tais patologias.<sup>13,14</sup>

**Identificar crianças em situação de risco ou vítimas de violência,** a fim de protegê-las e prevenir tais situações ou sua repetição, iniciando através de uma abordagem acolhedora para identificar a ocorrência de algum episódio ou seu risco. É de conhecimento geral as consequências sociais, emocionais, psicológicas e cognitivas que a violência pode trazer, comprometendo fortemente a saúde da vítima ao longo de sua vida, o que torna mandatória a busca por prevenir ou interromper essas situações tão precoce quanto possível.<sup>15</sup>

**Orientar sobre alimentação saudável e adequada às necessidades nutricionais de cada faixa etária,** sempre se levando em consideração que a alimentação da criança em seus primeiros anos de vida repercutirá ao longo de sua vida, além de que a adequação nutricional dos alimentos após o sexto mês de vida é fundamental para a prevenção de anemia, sobrepeso e baixo peso. O caderno de atenção básica nº23 e o guia Dez Passos para uma alimentação saudável, ambos do Ministério da Saúde, oferecem aos profissionais da unidade, orientações, conforme preconizado a cada faixa etária, que têm norteado o atendimento à essas crianças.<sup>16,17</sup>

**Busca ativa da criança faltosa, para manutenção do acompanhamento do crescimento, imunização, nutrição e crianças que foram hospitalizadas,** de forma a manter a integralidade do cuidado a essas crianças.<sup>18</sup>

Apesar do engajamento da equipe em promover atendimento integral à essas crianças, ainda há dificuldades no que diz respeito à adesão desses pais em trazer seus filhos ao acompanhamento. Tal comportamento está, de certa forma, relacionado à demora no resultado de exames ou à ausência de alguns medicamentos, dificuldade enfrentada neste município.

A equipe multidisciplinar tem trabalhado na busca dessas crianças e seus cuidadores, de maneira à engajá-los e responsabilizados no cuidado à saúde de seus filhos para que, mesmo à despeito das dificuldades e circunstâncias, essas crianças possam receber um cuidado integral.

#### 4 – VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar é um instrumento de interação no cuidado à saúde, tendo essencial importância no contexto da Estratégia Saúde da Família, pois através dela a equipe de saúde tem a possibilidade de conhecer as reais condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade, rompendo com o modelo que é centrado na doença e passando ao cuidado do sujeito como um todo, numa forma humanizada de atendimento.<sup>19</sup>

Através da visita, é possível à equipe de saúde conhecer o contexto que, por muitas vezes, influencia a não-adesão ao tratamento e ausência nas consultas agendadas na unidade de saúde. Na UBS Domingas Rolim, há grande número de diabéticos e hipertensos, ambas doenças crônicas que necessitam de controle adequado, para que não manifestem complicações, comprometimentos e até mesmo óbito ao paciente.<sup>19,20</sup>

A maioria das visitas na área da UBS são feitas à pacientes com tais doenças crônicas, de forma a melhorar o controle pressórico e glicêmico, principalmente com os pacientes que tem dificuldades de ir até a unidade, por questões sociais e familiares. Visitas domiciliares por demandas de doenças agudas são raras, na maioria das vezes a família busca o atendimento de urgência ou até levam o paciente à cidade mais próxima, com melhor estrutura que seria Itacoatiara.<sup>20</sup>

Durante as visitas, além do exame e anamnese para acompanhamento da situação do paciente, também são ofertadas orientações pertinentes à cada caso e também são sanadas as dúvidas que paciente ou seus familiares possam ter. Quando necessários, exames laboratoriais são solicitados e podem ser coletados em domicílio, apesar de haver dificuldades nessa prática por conta da escassez e demora nos exames do município, além da demora na entrega desses resultados. Exames mais complexos, como os de imagem requerem que o paciente se desloque de sua casa e muitas vezes isso não é possível, dado sua condição física ou social, no que a equipe de saúde busca se articular com a assistência social, de forma a auxiliar esse paciente na ida ao local dos exames.

Apesar de haverem muitas dificuldades relacionadas ao deslocamento e às

localidades que precisam ser visitadas, é gratificante para a médica e a equipe terem a oportunidade de se inserir no contexto domiciliar desse paciente para prover-lhe cuidado e atenção, de forma a sanar suas necessidades de saúde, sociais e por vezes até emocionais.

## 5 – REFLEXÃO CONCLUSIVA

No que diz respeito à trajetória dentro deste curso de especialização, é possível notar uma melhoria de posturas e condutas dentro do serviço de saúde e em mim como profissional. Apesar de ser egressa de uma universidade estadual, que nos oportuniza um estágio em municípios no interior do estado, a realidade como acadêmica é bem diferente do que a realidade de ser a médica.

Neste curso, foi possível entender a necessidade de atualização e busca de conhecimentos científicos atuais, embasamentos teóricos que fundamentem as minhas condutas, de forma a prover o melhor atendimento a meus pacientes. Como a especialização, em seus dois eixos, para que fosse produtiva, necessitava que eu fizesse leituras, buscasse novas literaturas, recursos audiovisuais e afins, foi de grande valia pois eu acrescentei essa nova prática a minha rotina como médica. Aprendi corretamente a importância de cada um de minha equipe, embora eu já tivesse conhecimento básico acerca disso, foi essencial aprender mais sobre a multidisciplinaridade, gestão e trabalho conjunto em prol da melhor resolutividade.

Quando se trata do meu trabalho durante este período na UBS Domingas Rolim, posso afirmar que mudei em diversos aspectos, tanto nas técnicas quanto no meu relacionamento com a equipe da unidade e do NASF. Não era tão claro para mim anteriormente, o quanto a articulação das redes de atenção à saúde podia tornar o trabalho na unidade de saúde mais efetivo e resolutivo, pois tendo o apoio de outros profissionais, é muito mais fácil dar seguimento aos casos que atendo, além de, dessa forma, o paciente receber um cuidado não só de caráter curativo, mas também cuidados no âmbito social, psicológico, de forma a ser tratado integralmente. Algo que também aprendi e espero nunca deixar de aplicar em meus atendimentos é a prática do acolhimento, que faz com que o paciente se sinta confiante a ponto de se abrir sem reservas conosco, e assim conseguirmos nos aproximar para investigar suas moléstias e prover-lhe o melhor cuidado, de encontro a suas necessidades.

Outro ponto que creio ser importante salientar, foi minha experiência em fazer este portfólio. Foi um tanto difícil, principalmente porque na universidade



que me graduei, não há trabalho de conclusão de curso, então a dificuldade foi maior por não ter experiência prévia. Porém, foi uma oportunidade de ampliar meus horizontes e conhecimentos nas diversas formas de aprender e sistematizar meu conhecimento nas atividades que fiz para este portfólio durante o curso.

Por fim, reflito e concluo que ter cursado essa especialização me tornou, certamente, uma profissional melhor, conhecedora de minhas atribuições e capacidades dentro de minha unidade de saúde, além de me tornar uma pessoa melhor e preparada a atender aos outros, enxergando-os de forma holística e lhes oferecendo o melhor atendimento.

## REFERENCIAS

1. Lima, LL; Moreira, TMM; Jorge, MSB. **Revista Brasileira de Enfermagem; Brasília** , Jul/Ago 2013: 514-522.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
3. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83;
4. Alves et al. **Pressão arterial de idosos que praticam atividades físicas em um grupo de envelhecimento saudável**. Arquivos de Ciencias do Esporte nov-14 | volume 1 | n 1;
5. Bezerra IMP, Silva JC, Gomes, SC. **Mudanças nos aspectos sociais de hipertensos por meio da atividade física: desvelando a importância do profissional de educação física**. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.2, n.1, p.56-64, 2011
6. Maciel KF. **Rede De Apoio Social De Portadores De Hipertensão Arterial Para O Cuidado**. 2010. 98f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba;
7. Faquinello P; Marcon SS; Waidmann, MAP. **A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 5, p. 849-856, Oct. 2011 .
8. Silva DCS, Nascimento CF, Brito ES. **Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura** Rev Neurocienc 2013;21(4):620-627
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.)

10 Chaves Caroline Magna Pessoa, Lima Francisca Elisângela Teixeira, Mendonça Larissa Bento de Araújo, Custódio Ires Lopes, Matias Érica Oliveira.

**Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças**

**institucionalizadas.** Revista Brasileira de Enfermagem v. 66, n. 5, p. 668-674, 2013

11 Brasil. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>

12 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

13 \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** Módulos 1-9. Brasília, DF; 2002.

14 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

16 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009

17 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

18 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

19 Albuquerque Adriana Bezerra Brasil de, Bosi Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2009 Maio 25( 5 ): 1103-1112.

20 Brasil. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosângela Maria Silva Xavier

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CAMPANHA MULTIDISCIPLINAR DE  
CONSCIENTIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO E  
DIABÉTES NO MUNICÍPIO DE URUCURITUBA – AM

URUCURITUBA

2016

## RESUMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Domingas Rolim Mourão” localizada em Urucurituba, município do interior do estado do Amazonas, atende 810 famílias, sendo os casos de Hipertensão e o Diabetes, os mais frequentes observados na referida unidade. Assim sendo, este projeto tem como objetivo promover uma campanha multidisciplinar de conscientização da prevenção e controle da hipertensão e diabetes, integrando ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da UBS e da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações a serem realizadas no PI, serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação. Como resultados, espera-se sensibilizar a população acerca do controle glicêmico e arterial e identificar pacientes ainda não cadastrados, para iniciar o tratamento.

**Palavras-chaves:** Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	03
2. PROBLEMA	04
3. JUSTIFICATIVA	04
4. OBJETIVOS	05
4.1. OBJETIVO GERAL	05
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
5. REVISÃO DE LITERATURA	06
5.1 PRINCÍPIOS E RESPONSABILIDADES DA ESF E NASF	06
5.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DIABETES	08
6. MATERIAIS E MÉTODOS	10
6.1. PACTUAÇÃO DAS AÇÕES	11
6.2. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	11
6.3. EXECUÇÃO DAS AÇÕES	12
6.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	12
7. CRONOGRAMA	14
8. RECURSOS NECESSÁRIOS	15
9. RESULTADOS ESPERADOS	15
REFERÊNCIAS	16

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma das principais ferramentas criadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica. Neste sentido, a ESF procura reorganizar os serviços e as práticas profissionais da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, constituindo-se em uma proposta bastante abrangente e inovadora (BRASIL, 1998).

A operacionalização dos objetivos da ESF só pode ocorrer quando se define o território da clientela, a família como foco da assistência, o trabalho multiprofissional da equipe e do vínculo profissional- famílias. (FIGUEIREDO, 2011, p.56). Considerando as peculiaridades socioculturais e econômicas das regiões do Brasil, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

A responsabilização compartilhada entre a ESF e o NASF na comunidade prevê a ampliação da prática atual do encaminhamento – com base nos processos de referência e contra referência – para um processo de acompanhamento mais longitudinal, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. A ESF continua sendo a porta de entrada para o sistema, sendo o NASF referência para apoio multiprofissional (CAMPOS, 2013).

Embasando-se nesses pressupostos apresentados, o presente projeto de intervenção tem a intenção de fortalecer essa responsabilidade compartilhada entre ESF e NASF promovendo uma Campanha Multidisciplinar de Conscientização da Prevenção e Controle da Hipertensão e Diabetes, integrando ações de educação em saúde desenvolvidas em conjunto pela equipe de Saúde da Família da UBS “Domingas Rolim Mourão” e da equipe do NASF, junto à população adscrita da UBS, correspondente à 810 famílias do município de Urucurituba, cidade do interior do



estado do Amazonas, que atualmente possui uma população total de 21.140 habitantes (IBGE, 2015).

## **2. PROBLEMA**

A população da área de abrangência da UBS “Domingas Rolim Mourão” vem apresentando significativo aumento nos casos de hipertensão e diabetes, além de pouco controle nos casos anteriormente diagnosticados. Esta situação exige discussão, planejamento e articulação de ações de educação em saúde entre a equipe de saúde da UBS.

### 3. JUSTIFICATIVA

De acordo com o último “Relatório de Estatísticas da Saúde Mundial” elaborado pela Organização das Nações Unidas – ONU, o número de pessoas com pressão alta, diabetes e obesidade está drasticamente aumentando em todo o mundo. O relatório destaca que um em cada três adultos tem hipertensão arterial, causadora de cerca de metade das mortes por derrame e problemas cardíacos. Outros 10% da população mundial tem o diabetes, que se não for tratado pode causar doenças cardiovasculares, cegueira e insuficiência renal. Já a obesidade, que duplicou em todas as regiões do mundo na última década, aumenta a probabilidade da ocorrência da hipertensão e do diabetes (ONU/BR, 2012).

Conforme o levantamento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas do Ministério da Saúde – VIGITEL, a capital do Amazonas partiu da 6ª para a 1ª posição no *ranking* das cidades brasileiras com população com sobrepeso e 10ª na posição da obesidade (BRASIL, 2015). O consumo em excesso de alimentos calóricos, comuns na região, como tucumã, buriti, açaí, pupunha, castanha e farinha de mandioca podem levar a um desequilíbrio nutricional, contribuindo para o aumento do sobrepeso (FARES *et al.*, 2012; MORATO, 2007).

Em recente estudo sobre o perfil alimentar e nutricional com 246 idosos no estado do Amazonas, revela-se que quase metade (48,78%) dos idosos pesquisados se encontra com sobrepeso. Esse resultado provavelmente está relacionado à alimentação deficiente de fibras alimentares e com alto consumo de carboidratos, ao aumento da prevalência de constipação intestinal e desenvolvimento de doenças crônicas, sobretudo hipertensão arterial (58,54%) e diabetes (24,39%). Tal pesquisa concluiu que o perfil alimentar dos amazonenses requer mais estudos e ainda que seja difícil mudar hábitos alimentares da população, estes podem ser adaptados para garantir o aporte de nutrientes essenciais e diminuição dos índices de sobrepeso e riscos de doenças crônicas. (OLIVEIRA, 2013, p.09)

Diante dessa problemática de saúde pública, o presente projeto de intervenção justifica-se pela relevância em fomentar a conscientização sobre a prevenção e controle da Diabetes e Hipertensão. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, “apenas 50% dos diabéticos e hipertensos estão cientes de sua condição e poucas populações atingem níveis de conscientização acima de 75%”. Para a OPAS, algumas regiões brasileiras apresentam níveis muito baixos de conhecimento acerca da hipertensão e do diabetes, seu controle e consequências advindas do descontrole. Sendo assim, é crucial estabelecer de programas de triagem comunitários para medição de pressão arterial e controle glicêmico em populações de risco e também aumentar o número de ações educativas em saúde para a população (OPAS/BVS, 2015).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GERAL**

Promover uma campanha multidisciplinar de conscientização da prevenção e controle da hipertensão e diabetes no município de Urucurituba-Am.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Realizar ações educativas e de monitoramento durante a campanha (mini palestras, testes de glicemia, aferição de pressão arterial, verificação das medidas antropométricas e o Índice de Massa Corporal – IMC);

Sensibilizar os usuários diabéticos e hipertensos, cadastrados na UBS, da necessidade de modificar hábitos de vida para o sucesso do tratamento;

Identificar os indivíduos com diabetes e hipertensão ainda não cadastrados e encaminha-los a sua respectiva área de vigilância para iniciar o tratamento.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 PRINCÍPIOS E RESPONSABILIDADES DA ESF E NASF

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um arranjo assistencial de extrema importância nos países que almejam um sistema com atenção de saúde qualificada, uma vez que nela se pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, constituindo-se em uma das principais portas de entrada para um sistema de saúde pública (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, os principais programas da APS são executados através da Estratégia de Saúde da Família (ESF):

Atenção à Saúde da Criança - Vigilância nutricional; Imunização, Assistência e prevenção às doenças, etc.

Atenção à Saúde da Mulher – planejamento familiar; pré-natal; prevenção de câncer do colo do útero; etc.

Controle de Hipertensão e Diabetes – Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores; Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo, etc.

Controle de Tuberculose - Busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios; Diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG, etc.

Eliminação da Hanseníase - Diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos e classificação clínica dos casos; etc.

Ações de Saúde Bucal - Cadastramento de usuários, planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do ESF; etc. (BRASIL, 2006, p.59)

Criada em 1994, a ESF surgiu como uma nova proposta de trabalhar a saúde no país em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), levando a saúde para mais perto das famílias, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população. Com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços em saúde, foram criados e implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (FIGUEIREDO, 2011).

Sobre o assunto, Campos (2013) comenta que:

Com a necessidade de gerenciar e atender as diversas demandas na saúde e suas particularidades surgiu à necessidade de ampliação das ESF's, agregando profissionais de distintas áreas. Assim, no ano de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, o Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A responsabilização compartilhada entre a ESF e o NASF na comunidade prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. A ESF continua sendo a porta de entrada para o sistema, sendo o NASF referência para apoio multiprofissional. (CAMPOS, 2013, p.08)

Quanto a sua composição, a Portaria nº 154 (BRASIL, 2008), indica que existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acumpunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e se vincular a no mínimo três equipes de ESF. No que se refere às principais responsabilidades e princípios atribuídos a todos os profissionais que compõem o NASF, o Ministério da Saúde aponta entre eles:

Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF de Internação Domiciliar, quando estas existirem; Acolher os usuários e humanizar a atenção; Desenvolver ações intersetoriais de forma a integrar a saúde a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer etc.; Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF bem como material educativo e informativo em sua área de atuação; Elaborar projetos terapêuticos individuais, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, pelas ESF e os NASF, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2009, p.68)

Na análise de Andrade (2012), apesar da multidisciplinariedade dos profissionais que atuam nas equipes, “é necessário, sobretudo, criar uma interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF”. (ANDRADE, 2012, p.19)

## **5.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DIABETES**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Recentes dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), revelam que atualmente mais de 30 milhões de brasileiros sofrem de HAS. A pressão alta, como é popularmente conhecida, é uma doença crônica que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo.

As pesquisas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBS, 2010 *apud* BRASIL, 2013a, p.19), assinalam que:

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de



70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Outra doença que vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associada à hipertensão arterial é o Diabetes Melitus (DM). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010, p.10), “a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis pela primeira causa de mortalidade (DCV) e, nas hospitalizações e procedimentos de alto custo do SUS no Brasil”, sendo também responsáveis por grande parte de amputações de membros inferiores, diálises (representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica que são submetidas à diálise) e procedimentos cardiovasculares.

De acordo com Alfradique (2009), o termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, podendo ser do Tipo 1 e 2.

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. Já a DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada

de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo (BRASIL, 2013b, p.29-30).

Dada à gravidade do aumento destas doenças crônicas em todo o mundo, as ações integradas de prevenção e controle à HAS e ao DM ocorrem prioritariamente na Atenção Básica (AB), que no Brasil se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes. Para a OPAS, os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF no Brasil, pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, estabelecendo vínculos com os usuários e responsabilizando-se pela Atenção Integral dos cidadãos (OPAS, 2010).

Dentre as principais ações do serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes prestadas nas Unidades de ESF, Figueiredo (2011), destaca:

Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores; Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose; Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente; Diagnóstico precoce de complicações; Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais. (FIGUEIREDO,2017, p.59)

Nesse contexto de serviços, é importante salientar que o Ministério da Saúde preconiza que sejam fomentadas as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HAS e DM. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente controlados e abordados junto a população (BRASIL, 2013a).

## **6. MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um Projeto de Intervenção que terá como público-alvo todos os usuários acompanhados pelo serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes da UBS Domingas Rolim Mourão do município de Urucurituba-Am. No entanto, além dos usuários, as atividades do projeto também serão abertas a população em geral.

As ações a serem realizadas no PI, serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

### **6.1 PACTUAÇÃO DAS AÇÕES**

O Projeto de Intervenção será apresentado a Equipe de ESF e a Equipe do NASF na reunião semanal da UBS “Domingas Rolim Mourão”, que ocorrerá na segunda semana do mês de outubro, com a finalidade de esclarecer os objetivos, as atividades e os profissionais que estarão envolvidos na “I Campanha Multidisciplinar de Conscientização da Prevenção e Controle da Hipertensão e Diabetes em Urucurituba”.

Na semana posterior, o Projeto de Intervenção será apresentado ao Secretário Municipal de Saúde para esclarecimento do trabalho e devida aprovação do apoio logístico necessário à execução da Campanha.

### **6.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

No início da primeira quinzena do mês de novembro haverá reuniões com as equipes para elaboração e organização das atividades da campanha.

A equipe da ESF, formada por 01 médico, 01 enfermeira e 10 agentes comunitários de saúde se dividirá em três tarefas. Os agentes ficarão responsáveis em convidar a população à participar, durante suas visitas e buscas ativas, além de identificar os três grupos distintos a serem abordados na campanha. Médico e enfermeira se responsabilizarão por produzir materiais educativos impressos acerca de hipertensão e diabetes a serem distribuídos na campanha, além de convidarem a população durante a realização de suas consultas e participarem do monitoramento glicêmico e arterial da população presente.

Já a equipe do NASF, formada por 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 educador físico, 01 assistente social e 01 farmacêutico, também se dividirá em atividades. O nutricionista, juntamente com o educador físico, ficará responsável em produzir uma educação em saúde acerca da importância da dieta e atividade física no controle da hipertensão/diabetes, também participando no momento do monitoramento, verificando medidas antropométricas e IMC.

O farmacêutico trabalhará em produzir esquemas impressos, de fácil entendimento e visualização, para organizar os medicamentos de cada paciente, os quais serão entregues durante a campanha e expostos quanto à sua forma de uso. A psicóloga ficará responsável em organizar uma mini palestra, para pacientes, parceiros e/ou familiares, sobre a importância do apoio social na adesão ao tratamento, bem como no controle glicêmico e da hipertensão.

### **6.3. EXECUÇÃO DAS AÇÕES**

A execução da "I Campanha Multidisciplinar de Conscientização da Prevenção e Controle da Hipertensão e Diabetes em Urucurituba" acontecerá no dia 18 de novembro de 2016, às 08 h, na sede da UBS Domingas Rolim Mourão com encerramento previsto para às 17 h. A mesma contará com 17 profissionais (Equipes ESF e NASF) mobilizados nas ações educativas e ações de monitoramento sobre a prevenção e controle da Hipertensão e Diabetes.

## 6.4 . MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento do projeto será realizado conforme o número de participantes das atividades da campanha (mini palestras, testes de glicemia, aferição de pressão arterial, verificação das medidas antropométricas e o Índice de Massa Corporal – IMC), devidamente registrados nos relatórios dos profissionais das duas equipes, sendo os participantes divididos em três grupos distintos:

**Grupo 1** – Usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS;

**Grupo 2** – Indivíduos com diabetes e hipertensão ainda não cadastrados;

**Grupo 3** – População em geral;

A divisão dos grupos de participantes terá o objetivo de avaliar tanto o nível de interesse da população pela prevenção da hipertensão e diabetes, quanto estará sendo monitorado o controle dessas doenças através do absenteísmo dos usuários que fazem tratamento na UBS. Quando constatado absenteísmo, será realizada busca ativa à esses pacientes, investigar sua ausência nas consultas e oferecer auxílio para o comparecimento, para convoca-los e nos casos necessários, fazer acompanhamento domiciliar para controle glicêmico ou pressórico, conforme sua necessidade.

Na semana seguinte ao término do projeto será realizada uma apresentação dos resultados obtidos, em uma reunião com as equipes da ESF e do NASF – na sede da UBS Domingas Rolim Mourão - para avaliação da intervenção, discussão dos pontos positivos e negativos das atividades da Campanha, bem como uma análise da viabilidade de futuras ações abrangendo outras Linhas de Cuidado como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, etc.

## 7. CRONOGRAMA

**Quadro 1:** Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção (PI)

ATIVIDADES	AGO/16	SET/16	OUT/16	NOV/16	DEZ/16
Elaboração do PI	X	X			
Reunião com a Equipe da UBS e do NASF para apresentação do PI			X		
Apresentação do PI para o Secretário Municipal de Saúde			X		
Reuniões com as equipes para elaboração/organização das atividades da campanha				X	
Execução do Plano de Intervenção (Campanha Multidisciplinar)				X	
Análise dos resultados obtidos				X	
Reunião de avaliação do Projeto pelas Equipes					X
Apresentação dos resultados e avaliação final do trabalho / UNA-SUS					X

Fonte: Adaptado de ARMANI, Domingos. **Como elaborar projetos?** Guia prático para elaboração e gestão de projetos segundo as normas da ABNT. 7ª ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2013.

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Equipe da ESF, sendo 01 médico, 01 enfermeira e 10 agentes comunitários de saúde e a equipe do NASF, formada por 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 educador físico, 01 assistente social e 01 farmacêutico.

Hall da unidade para realização das palestras; Equipamento de multimídia; Caneta; Resmas de Papel A4; Impressora; Cartuchos de tinta; Pasta para arquivo do planejamento das atividades; Boletins de atendimento coletivo; Prontuários dos pacientes presentes na atividade; Balança; Fita métrica; Adipômetro; Esfigmomanômetro; Kit medidor de glicose; Balões; Camisas personalizadas da campanha.

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

Ao término deste projeto de intervenção, esperamos fortalecer a responsabilidade compartilhada entre ESF e NASF, uma vez que se entende que a população do município de Urucurituba carece de um empenho cada vez maior de todas as equipes de Saúde. Espera-se também aumentar o número de pacientes em adequado controle glicêmico e arterial, além de identificar os pacientes ainda não diagnosticados, para iniciarem o tratamento e controle.

Esperamos sensibilizar os usuários diabéticos e hipertensos, cadastrados na UBS, acerca da necessidade de modificar seus hábitos de vida que alcancem qualidade de vida e sucesso no seu tratamento. Além disso, aumentar a adesão da população às ações estratégicas de prevenção de doenças e promoção de saúde, e também sua participação na construção das estratégias em resposta às demandas da comunidade.



## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Rev. Saúde e Transformação**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas. **Relatório 2014-2015**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso>>. Acesso em: 28.08.2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 154/08**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão atinge 30 milhões de pessoas no país**. Matéria disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de-pessoas-no-pais>>. Acesso em: 10.10.2016.

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

CAMPOS, N. R. O surgimento do NASF e a atuação do serviço social. **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**: expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para garantia dos direitos sociais. Belo Horizonte MG, 7 a 9 de junho de 2013.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

DROUIN, Dennis M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p.595-599, may, 2006.

FARES, D.; BARBOSA, A. R.; BORGATTO, A. F.; COQUEIRO, R. S.; FERNANDES, M.H. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 434-441, 2012.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. Modulo Politico Gestor. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2011. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf). Acesso em: 28.08.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**: estimativas para 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>. Acesso em: 18.07.2016.

MORATO, P. N. **Energia, nutrientes e carotenóides disponíveis nos domicílios rurais e urbanos do Brasil**: consumo de alimentos e nutrição humana. (Dissertação de Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos). Piracicaba: USP, 2007.

OLIVEIRA, S. A. G. **Perfil alimentar e nutricional dos idosos e formulação de complemento nutricional a partir de frutos produzidos no Estado do Amazonas, Brasil**. (Tese de Doutorado). Manaus: UFAM, 2013.

ONYSKO, Jay et al. **Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program**. Hypertension, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/BRASIL (ONU/BR). **Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS**. Publicado

em 17/05/2012. Disponível em:

<http://www.nacoesunidas.org/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-as-censao-no-mundo/>>. Acesso em: 29.08.2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Dia Mundial do Combate a Hipertensão**. Disponível em:

[http://www.paho.org/bireme/index.php?id=286%3Adia-mundial-da-hipertensao-2015&option=com\\_content](http://www.paho.org/bireme/index.php?id=286%3Adia-mundial-da-hipertensao-2015&option=com_content)>. Acesso em: 29.08.2016.

\_\_\_\_\_. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Diadema-SP 2010.