



**GREICI KELLY MAIA CAVASSINI**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS, FÍSICAS E SOCIAIS EM  
GRUPO DE IDOSOS COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA DEPRESSÃO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

**PORTO ALEGRE, 2017**



**GREICI KELLY MAIA CAVASSINI**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS, FÍSICAS E SOCIAIS EM  
GRUPO DE IDOSOS COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA DEPRESSÃO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Tiago Maas

**PORTO ALEGRE, 2017**

## RESUMO

Egressada da ELAM (Cuba) em 2014, trabalho pelo Programa Mais Médicos no município de Camaquã/RS desde 2015. Com aproximadamente 65 mil habitantes, o município não conta com Estratégia de Saúde da Família. Como consequência, a falta de território adscrito, de agentes comunitários de saúde e equipe estruturada, dificulta cumprir os princípios da atenção primária. Os temas abordados na especialização retratam a realidade da APS. Intrigada pela quantidade de pacientes diagnosticados com depressão e tendo em conta sua prevalência ainda maior em idosos, abordo ambos temas neste trabalho. Ao reorganizar o formato dos atendimentos da unidade, ações de promoção e prevenção começaram a ser realizadas. O projeto Renovação da Maturidade que abarca mulheres idosas, foi elaborado com objetivo de criar um ambiente de interação social, combinando terapia de grupo e atividade física é um espaço usado para educação em saúde e apresenta resultados satisfatórios. As visitas domiciliares possibilitam conhecer o contexto social do usuário, permitindo uma visão global que melhora a qualidade do atendimento e fortalece a relação médico paciente. Atualmente não são rotina na unidade e ocorrem de forma esporádica por demanda dos familiares, médico ou enfermeira. A educação continuada é uma valiosa ferramenta que permite adquirir e renovar conhecimentos. Entre os principais aprendizados na especialização, a organização da agenda, uso de plataformas para decisões clínicas a partir da medicina baseada em evidências, acesso a temas como saúde do trabalhador e habilidades de comunicação, permitiram aprimorar minha visão e oferecer uma abordagem terapêutica mais completa e humana.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Depressão, Prevenção de doenças, Serviços de Saúde para idosos.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO: ABRINDO AS JANELAS DO SABER</b>	<b>7</b>
<b>3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>14</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR: CUIDANDO DE PERTO</b>	<b>17</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Greici, tenho 29 anos e nasci em São Paulo. Estava no segundo ano da faculdade de psicologia quando ganhei uma bolsa de estudos para o curso de medicina em Cuba, onde me formei em julho de 2014. Oriunda de família humilde, vi nessa bolsa uma grande oportunidade. No final foi muito mais que isso, tive a possibilidade de aprender e me apaixonar pela medicina num lugar onde todas as dificuldades não superam o humanismo dos profissionais e a partir daí começa a história da minha vida.

Me formei pela Escola Latino Americana de Medicina e ao concluir o curso voltei para o Brasil. Durante o processo de revalidação do meu diploma surgiu a oportunidade de atuar no Programa Mais Médicos, que foi a grande porta de entrada para o mundo profissional brasileiro. A medicina de família despertou meu interesse desde a faculdade, pela diferença que pode trazer para as comunidades (principalmente as mais necessitadas), pela grandeza do trabalho e dedicação dos profissionais envolvidos. Estive estagiando num consultório durante o quinto e sexto ano da carreira, onde o acompanhamento dos pacientes se fazia de forma tão harmônica, que era possível ver, dia a dia, o resultado do nosso trabalho em cada idoso do grupo de caminhada ou em cada jovem multiplicador que formávamos. Isso sem dúvida é muito gratificante e mais gratificante ainda seria tornar essa realidade possível no meu país.

Estou atuando no município de Camaquã, cidade que se encontra 2 horas ao sul de Porto Alegre e tem uma população de aproximadamente 65 mil pessoas. A maioria se concentra na cidade ainda que o município tem uma área rural bastante extensa. Conhecida principalmente por suas plantações de arroz e fumo, Camaquã é uma cidade cheia de charmes e com uma população incrivelmente acolhedora. Sua atividade econômica se divide entre a agricultura e o comércio.

Desde julho de 2015 estou desenvolvendo minha atividade na Unidade de saúde 27, que fisicamente se encontra dentro de uma unidade ambulatorial. Neste momento não contamos com estratégia de saúde da família, o que dificulta o trabalho em equipe uma vez que os atendimentos ambulatoriais e da UBS não estão completamente diferenciados. Localizada próximo ao centro da cidade, atendemos

principalmente a população urbana, porém ao não termos território de abrangência definido é comum atendermos pacientes do interior também. Entre os funcionários da unidade e do ambulatório somos: 6 médicos, sendo um pediatra, uma ginecologista e 4 clínicos, 3 enfermeiras, 7 auxiliares de enfermagem, 1 psicóloga, 2 nutricionistas, 1 assistente social, 2 dentistas e o pessoal administrativo. Mesmo já tendo estabelecido uma agenda regular, os atendimentos da manhã são dedicados à demanda espontânea e se realiza através de distribuição de fichas, no período da tarde as consultas são por meio de agendamentos prévios, destinados para retornos ou outros casos específicos.

A cidade dispõe de 6 unidades básicas de saúde, uma unidade móvel que atende o interior e um hospital/maternidade. Entre as estruturas comunitárias disponíveis contamos com escolas, igrejas, o SESC, Sociedade Recreativa Alvorada, CTG, associação dos agricultores, associação dos artesãos entre outros, que formam parte de uma importante rede de apoio para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Como em várias outras regiões do estado, a maior demanda da unidade está relacionada ao acompanhamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares e obesidade, mas também existe um número importante de consultas por depressão e problemas do aparelho locomotor. Tendo em vista essa realidade e possibilidade de aplicação, escolhi como tema para o projeto de intervenção científica: “O impacto do exercício físico e atividades educativas na diminuição das cifras de pressão arterial e glicemia em jejum em pacientes com síndrome metabólica” com o objetivo de atuar diretamente sobre os fatores de risco e visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes. É possível ter mais detalhes sobre o projeto que está disponível nos anexos.

Tem sido um prazer imenso trabalhar aqui, e embora eu tenha revalidado o diploma em 2015 pela UFMG, ainda não consigo pensar em deixar a cidade para atuar em outro lugar, estou realmente motivada a seguir fazendo parte desta grande família que é o SUS.

## **2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO: ABRINDO AS JANELAS DO SABER**

Os diferentes temas abordados nos casos da especialização da UNA-SUS retratam de forma bastante fiel a realidade encontrada por nós, profissionais da atenção primária na nossa prática diária. Dentre as interessantes situações clínicas, uma que especialmente me chamou a atenção foi a do caso Sheila que aborda a depressão, tema de extrema relevância e causa frequente de consulta.

Desde que comecei a trabalhar, fiquei impressionada com a quantidade de pacientes com diagnóstico de depressão, a maioria em uso de medicamentos há anos. Essa realidade corrobora dados da OMS, que aponta o Brasil como o país com maior prevalência de depressão da América Latina. O Rio Grande do Sul apresenta dados ainda mais chamativos e lidera o ranking nacional ao ser o estado com maior número de pessoas com o diagnóstico de depressão no país (1).

Outro evento crescente a nível mundial é o aumento da expectativa de vida tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, o que se deve, entre outros fatores, aos avanços do sistema de saúde. Segundo o IBGE, em 2015 a expectativa de vida no Brasil era de 75,5 anos (2). Tendo em conta a prevalência da depressão e sua frequência ainda maior na população idosa, escolhi abordar ambos temas em conjunto neste trabalho.

### **DONA L.D EM DIAS DIFÍCEIS**

L.D., 68 anos, usuária que se atende na unidade há 2 anos, portadora de hipotireoidismo e artrose cervical e lombar, costuma acudir às consultas de rotina para revisões periódicas, renovação de receitas e algumas queixas como dor nos ombros e na coluna que a incomodam esporadicamente. Na última consulta se mostrava tensa por conta de uma audiência que teria na seguinte semana por problemas com a pensão fornecida pelo ex-marido. Referia sentir-se desanimada, cansada, além de ter pouco apetite e o sono alterado.

Porém, ressaltou que o principal motivo da consulta era mostrar o exame que estava pronto (TSH: 3,1) e renovar a receita de Levotiroxina. Sem alterações no

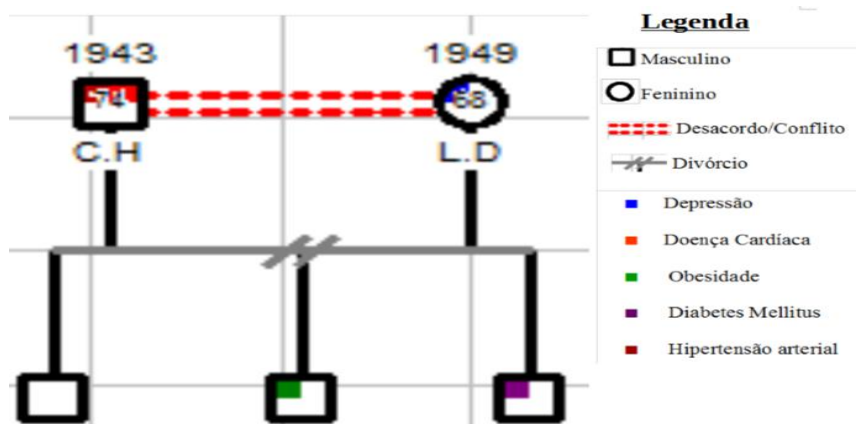
exame físico. Ao apresentar sintomas de depressão leve e depois de uma longa conversa, decidimos que seria bom consultar a psicóloga para passar por esse processo judicial de forma mais amena. Também decidimos manter a acupuntura e fisioterapia que começara a dar resultado nas dores frequentes da coluna. Ficou combinado que ela retornaria em 1 mês para ser reavaliada.

### CONHECENDO A HISTÓRIA DE L. D.

Mãe e dona de casa, L.D. dedicou a vida para o lar já que seu esposo não permitia que ela trabalhasse. Depois de quase 40 anos de matrimônio conturbado, com histórico de violência intrafamiliar e traição, houve separação. Foi determinado então, por via judicial, que ela teria direito a pensão por parte do ex-esposo C.H. devido as limitações que apresenta para trabalhar, porém no processo de separação eles seguiram vivendo no mesmo quintal o que trazia constantes brigas.

Dona L.D. tem 3 filhos e se queixa que depois da separação tudo ficou mais difícil já que 2 deles estão casados e aparecem “só às vezes”, diz que o ex-marido em ocasiões tenta colocá-los contra ela e ameaça não pagar a pensão. Ainda assim se sente bastante apoiada pelo filho mais novo de 37 anos que mora com ela e a ajuda emocional e financeiramente. A figura a seguir mostra o genograma referente à família de Dona L.D.

Figura 1: Genograma



Fonte: GenoPro



## **POR ONDE ANDA DONA L.D?**

Três meses se passaram e ela não havia retornado à reconsulta. Conversei com a psicóloga que disse que ela havia ido apenas a 2 encontros e depois não voltou mais. Tentamos ligar algumas vezes mas sem sucesso. Até que numa manhã de quinta-feira, vi que dona L.D. esperava para consultar. Desde que entrou no consultório me chamou a atenção a expressão abatida que apresentava, parecia desanimada e com aspecto emagrecido. Nem bem comecei a consulta, apenas ao perguntar como ela estava imediatamente caiu no choro e disse que mal, pois a única pessoa que tinha na vida havia falecido.

Ainda surpresa com o acontecimento, esperei um momento para que pudesse retomar a sua fala e segurando minha mão me contou que o filho com quem vivia era diabético insulínico e nos últimos meses apresentou uma infecção renal, acabou se complicando e faleceu no hospital havia 50 dias. Disse que desde então se sentia muito sozinha, triste, sem vontade de fazer nada e chorava diariamente. Além disso não podia comer (perdeu 4kg) e não conseguia “pregar o olho”. Foi uma consulta difícil pois ela praticamente não podia falar devido ao choro. Disse já não saber o que fazer e que precisava de ajuda.

Após identificar os sintomas e considerar que preenchia os critérios para diagnóstico de um episódio moderado de depressão, conversei com ela tentando explorar o que conhecia sobre a doença. Ela comentou que há 6 anos, na época da separação, havia tomado um "remédinho" para ficar mais calma mas que não lembrava o nome e que foram apenas 3 meses. Ao excluir intenção suicida, expliquei então como seria o tratamento, da necessidade de comparecer à unidade semanalmente no primeiro mês para seguimento e que gostaria que ela consultasse a psicóloga.

Preocupada por saber que agora ela estava morando sozinha, perguntei se tinha alguém em quem confiasse e pudesse trazer na próxima consulta, pois seria importante ter apoio nesse momento. Ela me disse que a sua vizinha e melhor amiga a estava ajudando e que havia sido ela quem a tinha convencido de ir ao médico. Pedi então que a trouxesse na próxima semana. Na escolha do

antidepressivo considerei o antecedente de dores crônicas e a falta de sono, além claro da situação financeira já que sua primeira pergunta sobre o tratamento foi: "tem no SUS?". Começamos então com amitriptilina 25mg, 1 comprimido à noite. Comentei que nas primeiras semanas poderia apresentar algum efeito adverso e que poderia me dizer na próxima consulta.

## EVOLUÇÃO À PASSOS LENTOS

Até a quarta semana de tratamento, L.D. compareceu assiduamente às consultas semanais. Embora estivesse tomando o remédio corretamente parecia apresentar pouca melhora, estava chorando menos e as vezes dormia, mas seguia sem vontade de fazer as atividades cotidianas. Não havia apresentado efeitos adversos significativos, apenas dor de cabeça nos 3 primeiros dias. Decidi então começar o aumento de dose progressivo visando chegar ao nível terapêutico. A partir daí ela começara com 50mg por dia. Devido às dificuldades na agenda, a próxima consulta ficou agendada para dentro de 15 dias, com orientações de que qualquer coisa poderia acudir ao acolhimento. Passadas as 2 semanas, lá estava ela que pela primeira vez apresentava expressão ligeiramente mais animada.

Acompanhada da vizinha, disse que começara a sentir alguma melhora. "Dra, ainda estou triste é claro, acho que sempre vou estar, mas estou mais conformada, ontem ela fez sopa e eu comi tudo", contou. Comentei que o medicamento ainda não estava na dose adequada e que íamos aumentar devagar até termos o resultado esperado. Aproveitei para perguntar se ela estava indo na psicóloga e ela disse que até então não tinha vontade de sair de casa, mas que essa semana era iria sem falta. Passadas as orientações e um pouco mais aliviada pela resposta ao tratamento, expliquei que a partir desse momento nos veríamos a cada 15 dias e que eu gostaria participasse de alguma atividade em grupo, mas ela não quis.

## ANAS, EVAS E MARIAS: NASCE UMA IDEIA

Inspirada na história de L.D. e de várias outras usuárias com situações parecidas, resolvi criar um grupo de apoio ao idoso. O principal objetivo era criar um ambiente de interação social e que tivessem um espaço onde pudessem falar e ouvir, criando assim uma rede de apoio, além de estimular a atividade física que têm influência positiva como tratamento complementar na depressão. L.D. que estava no quarto mês de antidepressivo, apresentava melhora significativa de seu quadro, porém mantinha como sintoma residual a alteração do sono. Mesmo com uma resposta favorável ao uso do medicamento, foi durante o grupo que vi sua verdadeira melhora, pouco a pouco ela foi se tornando mais ativa e participativa.

Nos encontramos agora na fase de continuação e sabemos do longo caminho que nos resta por recorrer, porém é estimulante ver a resposta semana a semana, a cada encontro. O melhor de tudo na minha opinião, é vê-las saindo da posição passiva da doente que precisa tomar um medicamento para uma condição ativa, onde realizam tarefas e ajudam umas as outras. O resultado tem sido melhor do que eu esperava.

### CONTEXTUALIZANDO: IDOSO X DEPRESSÃO

É definido idoso pela política nacional do idoso (PNI) e o estatuto do idoso, pessoas com 60 anos ou mais. Segundo o IBGE, a população com 60 anos ou mais no país corresponde a 8,6% da população total (Censo de 2000). O envelhecimento é um processo natural da vida do homem caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular a cada indivíduo. O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, entre elas a depressão que é considerada o problema psicológico mais comum no idoso (1,4).

Embora o ser humano possa experimentar sintomas depressivos em qualquer fase da vida, a probabilidade do idoso padecer desta doença é ainda maior. Os motivos são vários: sentimento de improdutividade, falta de atenção da família ou abandono, ausência de vida social, além de fatores genéticos e de personalidade (8). Frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por piora de seu estado geral. A importância em se diagnosticar esse quadro, é que, o

tratamento adequado melhora a qualidade de vida dessas pessoas. Ainda que as características predominantes da depressão são o humor deprimido, tristeza, desesperança, além da perda de interesse e prazer em atividades, no idoso, são frequentes queixas somáticas, baixa auto estima, sentimentos de inutilidade, alteração do sono e do apetite e pensamento recorrente de suicídio (3-5).

O tratamento consta de três fases: **aguda** que inclui os dois a três primeiros meses e costuma ser a mais delicada pois é quando se estabelece o início de uma relação de confiança entre o médico e o paciente. A fase de **continuação** que visa à consolidação da melhora obtida com a redução gradual de todos os sintomas depressivos, a fim de se evitar as recaídas e de **manutenção**, quando a terapia interpessoal (TIP) e da terapia cognitivo-comportamental (TCC), isoladamente ou em combinação com a farmacoterapia pode melhorar o funcionamento interpessoal e aumentar a adesão ao tratamento (4-9).

Tratamento Medicamentoso: Embora existam muitos tratamentos, os medicamentos utilizados podem ser divididos em cinco categorias principais: inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos ou tetracíclicos (ATC), antidepressivos heterocíclicos, inibidores da recaptção de serotonina/norepinefrina e inibidores da monoaminoxidase (IMAO). A escolha do antidepressivo depende da resposta prévia, doenças concomitantes e outros medicamentos utilizados pelo paciente (3-6,9).

Geralmente, o uso dos ISRS e dos antidepressivos heterocíclicos é preferido no idoso e se recomenda começar com dose inferior e o incremento gradual. O sucesso do tratamento dependerá de uma boa comunicação e aliança entre médico/paciente, da motivação deste e de seus familiares, sendo participante ativo dentro do esquema terapêutico. É importante tentar entender a compreensão que o próprio paciente tem de sua doença, ajudando-o a elaborar o significado de sua depressão e relacionando-a com seu contexto de vida.

Tratamento não medicamentoso: Como tratamento não medicamentoso, a psicoterapia tem como objetivo proporcionar apoio emocional, reduzir a ansiedade e aumentar a confiança e auto estima. Assim como a atividade física regular e bem planejada, devem ser consideradas como alternativas no tratamento da depressão.

Além de não apresentar efeitos colaterais indesejados dos medicamentos e dos benefícios fisiológicos, demanda de comprometimento ativo do paciente que resulta na melhoria da auto estima e contribui para a formação de redes sociais (6-8,10).

## MELHOR AGORA

Dentre os conhecimentos que pude adquirir na especialização, um que facilitou e melhorou minha abordagem foi o plano terapêutico singular, que através das suas etapas me permitiu planejar de forma mais organizada minha intervenção. A ideia do grupo por exemplo, veio ao considerar as necessidades reais dessas pacientes que muitas vezes moram sozinhas ou tem uma pobre rede de apoio.

Com relação ao acompanhamento de usuários com diagnóstico de depressão, depois da resolução do caso Sheila comecei a vê-los semanalmente, antes a reconsulta era em 30 dias e sem dúvida a adesão ao tratamento e a percepção dos sinais de melhora ou sintomas residuais melhorou com a nova conduta. Com referência ao tratamento não medicamentoso, embora eu já estimulasse a atividade física como parte complementar ao tratamento com antidepressivos, ainda não havia encontrado uma forma de fazê-lo de forma ativa.

Ao conhecer no curso novas técnicas de comunicação e planejamento que favoreceram o engajamento de outros profissionais da unidade, realizando as atividades em equipe com a psicóloga e o fisioterapeuta pude solucionar o problema e oferecer aos usuários um acompanhamento mais holístico e humanizado.

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

Desde que comecei minhas atividades no município, encontrei diversas dificuldades. A maior delas e praticamente fator determinante para todas as outras, é não contar com o programa de Estratégia de Saúde da Família. Como consequência, a falta de um território adscrito, ausência de agentes comunitários de saúde, de uma equipe estruturada e falta de treinamento dos profissionais que estão na linha de frente com os pacientes, faz com que a unidade ainda adote estratégias falhas e ultrapassadas, dificultando cumprir os princípios da atenção primária como acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e etc.

As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças começaram a ser possíveis depois de uma breve reorganização, principalmente no formato dos atendimentos. Meus primeiros dias foram difíceis, ao chegar na unidade me deparava com uma fila gigante de pessoas esperando por uma "ficha". Embora o prontuário médico seja um documento legal, essa prática não se realizava. Ao receber as fichas de atendimento (FA) dos primeiros pacientes, que não contavam com nenhum dado de triagem, perguntei para a auxiliar onde estavam os prontuários, ela balançou a cabeça num gesto negativo dizendo que aqui os médicos apenas atendiam e "colocavam o CID na FA". Me deparei com pacientes apressados que as vezes nem se quer se sentavam, pareciam um pouco amedrontados, cheguei inclusive a ouvir: "Dra., não vou tomar seu tempo, quero apenas a receita!". Foi muito impactante para mim, por isso considero que o meu maior logro nesse tempo de trabalho, foi transformar essa realidade, estabelecendo um novo modelo de atendimento e dedicando tempo para a educação em saúde.

Hoje, num ambiente completamente diferente, todos os pacientes atendidos passam pela triagem e tem suas consultas registradas em prontuários. Criei na época um modelo de ficha de cadastro provisório, já que estava começando literalmente do zero. Essas fichas estão armazenadas num arquivo que fica na minha sala e estão organizadas por sexo/ordem alfabética, contém dados gerais dos usuários, bem como suas patologias e tratamentos realizados. No momento são feitas manualmente pois o município ainda não implantou o prontuário

eletrônico, embora se estime que deve ser implantado ainda este ano. A modificação do esquema de agendamento proporcionou aos pacientes uma garantia de seguimento que antes não existia, muitas vezes faziam exames ou começavam um tratamento e depois não conseguiam ficha para o médico que havia indicado. Acabavam então indo a outro médico ou deixando "na gaveta", isso fazia com que os usuários tivessem um seguimento fragmentado e sem continuidade. Agora eles saem com a garantia de retorno, já que logrei estipular uma agenda de atendimentos programados à tarde.

Estabelecer um vínculo com os pacientes, proporcionar escuta ativa e tratar de montar o quebra-cabeça por trás das receitas renovadas por diferentes médicos foi meu grande desafio. Ao princípio estranhavam a demora no atendimento, mas logo foram se habituando e hoje não tenho mais problemas com isso. Entre as medidas de promoção e prevenção, realizo esporadicamente atividades como palestras na sala de espera antes das consultas, temas relacionados ao tabagismo, saúde da mulher, do trabalhador e vacinação são os mais frequentemente abordados.

Atualmente uma das ferramentas que adoto é um modelo de sugestões de mudança de estilo de vida (anexo 1), que entrego aos pacientes nos quais identifico fatores de risco para hipertensão, obesidade ou diabetes, garantindo um acompanhamento mais seguido desses a fim de controlar tais fatores. Tenho me focado também em avaliar a polifarmácia, revisando as reais necessidades de indicação dos medicamentos, já que muitos pacientes levam anos renovando receitas de médico em médico sem ser reavaliados. Um dos meus maiores esforços é com relação aos antidepressivos e benzodiazepínicos. Através de palestras educativas sobre higiene do sono e depressão, busco informar e conscientizar sobre o uso racional desses medicamentos, distribuo material educativo (anexo 2) e em casos específicos uso uma técnica que conheci numa atividade loco regional que é o envio de carta ao paciente (anexo 3). Ainda que lentos, os resultados têm sido alentadores.

Entre todas as medidas e temas abordados nesse período envolvendo ações de promoção e prevenção, meu mais novo e exitoso projeto está relacionado à

saúde mental. Se trata do projeto Renovação da Maturidade, nome escolhido pelas integrantes do grupo que foi criado a partir da inspiração da história da senhora L.D. citada no capítulo anterior e que tem como alvo mulheres, maiores de 60 anos, que na maioria das vezes moram sozinhas, em uso de polifarmácia e/ou antidepressivos, que em geral se caracterizavam por ser hiperutilizadoras do sistema, acudindo a consultas frequentemente e realizando vários exames, muitos desnecessários. O principal objetivo era criar um ambiente de interação social e que tivessem um espaço onde pudessem falar e ouvir outros problemas, criando uma rede de apoio. Elaborei um projeto (anexo 3) e apresentei na unidade para os demais profissionais, depois de feitos os ajustes convidamos as pacientes para participar.

Ao incluí-las num contexto social e resgatar habilidades muitas vezes esquecidas, temos logrado recuperar a autoestima dessas mulheres em um ambiente de apoio mútuo. O resultado tem sido muito positivo pois estamos combinando técnicas de terapia de grupo, atividade física e outras atividades como jogos, brincadeiras, leitura e passeios. Esse espaço é usado para transmitir informações sobre as diversas doenças, sua prevenção e tratamento. De forma descontraída, seguimos um cronograma de atividades (anexo 3).

Diversos artigos apresentam como opções de tratamento não medicamentoso da depressão (diagnóstico comum nas integrantes do grupo) a psicoterapia e o exercício físico, pois parecem apresentar os melhores resultados, sendo importantes aliados ao tratamento farmacológico (8,10). Visando fornecer esse tratamento complementar, ambas ferramentas são usadas no grupo.

A realização de exercício físico consta de um plano de atividades desenvolvido e orientado pelo fisioterapeuta da unidade que consiste em alongamento, caminhada e exercícios de fortalecimento que são realizados semanalmente, todas as quartas-feiras, como atividade final do encontro. Usamos o próprio espaço existente fora da unidade que é perfeito para essa atividade.

A implementação de atividade física regular é apresentada em vários estudos como opção de tratamento não medicamentoso para a depressão, ajudando a restaurar a autoestima e manter a autonomia pois demanda de comportamento ativo



por parte do paciente. Tem vantagens que vão além dos benefícios fisiológicos, como evitar efeitos colaterais pertinentes a vários medicamentos. Um estudo realizado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), propõe que as administrações municipais organizem programas de atividades físicas em programações dos grupos da terceira idade (8). Atividades de grupo e psicoterapia contribuem ainda, para a formação de redes sociais e ajuda na abordagem dos fatores emocionais. Estimulando o otimismo as pessoas se tornam mais saudáveis e tem mais condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento, elas estão mais propensas a verem a velhice como tempo de experiência acumulada de maturidade e liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo de liberação de certas responsabilidades. Um artigo publicado na Revista brasileira de psiquiatria (2004) aponta a terapia interpessoal como forma de tratamento de fácil aplicação e resultados comprovados nos casos de depressão (10).

É preciso ter coragem para enfrentar a terceira idade, para superar as perdas, continuar amando e tendo prazeres na vida. Nosso grupo tem sido uma grande oportunidade de aprendizagem para todos e nos motivamos ao ver, a cada encontro a explícita melhora das integrantes.

#### **4. VISITA DOMICILIAR: CUIDANDO DE PERTO**

Na unidade onde trabalho as visitas domiciliares não são rotina e ocorrem de forma esporádica de acordo a demanda dos familiares ou pela identificação da necessidade pelo médico/enfermeira durante consulta ou procedimento de rotina.

Desde que comecei minhas atividades passamos por diferentes períodos com relação as visitas domiciliares: inicialmente não existiam, logo, ao perceber essa carência, reservei uma tarde por semana para realizá-las. Porém ao ser praticamente a única médica a exercer a atividade, a demanda cresceu muito e tornou-se insustentável, até porque algumas vezes os pacientes moravam perto de

outras unidades. Decidimos então que as visitas seriam feitas em caso de real necessidade com triagem prévia feita pela enfermeira.

Até o momento não existe nenhum modelo estabelecido para a organização e realização das visitas, porém os agendamentos têm seguido um fluxo estável: solicitação de visita pelo familiar ou profissional de saúde, triagem prévia, identificação de local da residência (a enfermeira passou a confirmar se existe outra unidade de saúde mais próxima à casa do usuário e sendo assim tenta distribuir as visitas), disponibilização do tempo requerido na agenda, solicitação de transporte e por fim, realização da visita. Entre os diversos obstáculos encontrados para a realização de visitas domiciliares de forma ordenada e eficiente, estão a falta de território de abrangência adstrito, ausência dos agentes comunitários de saúde, problemas constantes na logística dos transportes pois os veículos disponibilizados pela secretaria municipal de saúde também realizam outras funções como levar pacientes às consultas, resolver problemas internos e etc, ausência de equipe de apoio (tanto de profissionais para acompanhar os atendimentos já que muitas vezes não temos enfermeira ou técnica disponível), como quando é necessário avaliação de outros profissionais, seja fisioterapeuta, psicóloga ou nutricionista, uma vez que não estamos engajados como equipe.

Apenas em ocasiões pontuais consegui realizar visitas em conjunto com a psicóloga ou assistente social. Esses fatores acabam limitando o acesso ao serviço de saúde. Devido às limitações, de forma geral os pacientes que mais frequentemente recebem as visitas são portadores de doenças crônicas, acamados ou com dificuldade importante de locomoção, sendo ainda pouco comum visitas em caso de doenças agudas ou situações epidemiológicas específicas. Entre as diversas funções da visita domiciliar, além da assistência prestada ao paciente, permite ao médico observar diversos aspectos da família e do entorno que não são possíveis durante a consulta comum. A forma como vivem tem muito a dizer com relação as condições atuais ou posteriores de saúde desses usuários. Essa prática possibilita conhecer melhor o contexto no qual o usuário está inserido, permitindo uma visão global que facilita a atuação e melhora a qualidade do atendimento, além de fortalecer a relação médico paciente.

Durante a visita, além da avaliação de aspectos gerais do ambiente, avalio o paciente em comparação ao estado de saúde da última consulta, faço as orientações pertinentes ao problema de saúde, sua terapêutica e demais informações necessárias para ele e o cuidador. Algumas vezes nos deparamos com situações delicadas como extrema dificuldade financeira, problemas de disciplina do paciente e/ou cuidadores que não seguem as orientações e problemas na dinâmica familiar que dificultam a intervenção, porém embora não se possa solucionar todos os problemas, com bastante calma e paciência é possível muitas vezes adaptar o tratamento à realidade do paciente. Em determinados momentos esse processo é frustrante, pela dificuldade de implantação, resposta lenta e costuma causar desgaste nos profissionais de saúde.

Além do cuidado ao usuário, durante a visita procuro ter um tempo com o cuidador, visando avaliar de modo geral o seu grau de interação com o paciente, uma vez que é comum que estes negligenciem sua própria saúde e apresentem posteriormente sinais de depressão ou outras doenças. Enfatizo a necessidade do autocuidado e do acompanhamento médico em seu momento oportuno. Os procedimentos mais frequentemente realizados nas visitas são: aferição de pressão arterial, glicemia capilar, observação e cuidado de lesões por pressão, curativos e retirada de pontos.

Quando existe necessidade de exames complementários, os cuidadores agendam diretamente na secretaria municipal de saúde para que um técnico de laboratório vá até a residência. Ao tratar-se de RX, eletrocardiograma ou outro exame, se solicita o transporte para deslocamento do paciente até o local de realização do mesmo. Além de fundamentais em determinadas situações, as visitas domiciliares são gratificantes ao permitir um nível de interação mais profundo e íntimo com o paciente e seu entorno facilitando implementação de práticas de saúde mais resolutivas.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Atuar como profissional da atenção primária tem sido uma grande e enriquecedora experiência na minha vida profissional. É notável a evolução na atuação como médica desde que comecei a trabalhar. Claro que a rotina de atendimentos do dia a dia nos proporciona mais segurança como agentes de cuidado, porém sem dúvidas, a oportunidade de ter como suporte o curso de especialização e outras ferramentas como o Telessaúde foi um importante fator para o aprimoramento que pude experimentar nesse período.

Acredito que o aperfeiçoamento profissional obtido está relacionado à chance de desenvolver o trabalho na linha de frente, na porta de entrada, acompanhando os usuários de perto desde o primeiro contato. O grande diferencial para proporcionar uma atenção de qualidade está na continuidade. Conhecer e estabelecer vínculo com os pacientes nos permite compreender suas histórias para então tratá-los como um todo e não apenas como diagnósticos isolados.

Tudo muda o tempo todo! Essa realidade faz com que nós, profissionais da saúde principalmente, devamos manter nossos conhecimentos atualizados a fim de proporcionar o melhor para nossos pacientes. Nesse sentido a educação continuada é uma valiosa ferramenta que nos permite adquirir e renovar conhecimentos, por isso considero que o curso de especialização tem caráter fundamental para suprir essa necessidade tanto dos médicos como demais profissionais da rede de apoio.

O curso, além de muito útil no que diz respeito aos conteúdos, tem vantagens importantes como a organização dos temas e seleção dos materiais que abordam tópicos realmente relevantes na prática. Também senti que o estudo acabou sendo descontraído pela autonomia de poder utilizar o tempo e os assuntos conforme minhas necessidades, no meu ritmo. Entretanto, certamente poder aplicar na prática, em tempo real os novos conhecimentos é o que possibilita consolidar o aprendido e faz os conteúdos terem um sentido único, tornando assim o aprendizado mais fácil e coerente. Isso fez toda a diferença! Realizar o curso de especialização me permitiu melhorar minhas habilidades e adquirir novas. Algo

muito importante que aprendi nesse tempo foi a usar as fontes disponíveis em diferentes plataformas que permitem tomar decisões clínicas a partir da medicina baseada em evidências. Antes da especialização, estava restrita às literaturas que conhecia, alguns artigos e protocolos e ao explorar esse recurso me vi diante de um mundo de possibilidades. Isso me permitiu lidar com diferentes casos que antes possivelmente me intimidariam.

Outro aspecto importante que foi aperfeiçoado pelo curso está relacionado ao registro dos atendimentos. Embora conhecesse o SOAP, não tinha prática de trabalhar com ele, ao longo das aulas fui me estimulando adotar essa forma de registro que de fato torna as informações mais acessíveis e organizadas. Tenho trabalhado com os pacientes a partir da lista de problemas que realizamos juntos na consulta e dessa forma consigo garantir um acompanhamento mais completo.

A organização da agenda, otimizando o tempo, também foi resultado do processo de aprendizagem, assim como tratar do engajamento, integração da equipe e distribuição de tarefas. Tenho me apoiado em propostas do curso para estimular os demais profissionais da unidade a se atualizarem e participarem da organização da rede de cuidados. Considero ter tido um bom aproveitamento dos conteúdos de um modo geral, melhorei minhas condutas na abordagem dos problemas de saúde mais comuns como diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, depressão, atenção ao idoso e etc. Porém foi primordial ter acesso ao conhecimento de temas mais específicos, como por exemplo a saúde do trabalhador.

Antes do curso não sabia como atuar nesses casos e tinha dificuldade de encontrar literatura de apoio. Embora sejam muito comuns, os acidentes de trabalho muitas vezes ficavam sem o adequado seguimento pois não sabia preencher a CAT e lamentavelmente na minha unidade ninguém sequer conhecia esse documento. Outros temas de igual importância como violência intrafamiliar, organização e planejamento de visitas domiciliares e habilidades de comunicação, permitiram aprimorar minha visão e oferecer uma abordagem mais completa e humana. Ao analisar minha trajetória nesses quase 2 anos de trabalho, percebo o quanto a

especialidade contribuiu para o desenvolvimento da minha prática como médica da atenção primária e me permitiu ser uma melhor profissional.

Essas melhorias vão além do âmbito pessoal e envolvem o serviço onde estou inserida, estendendo-se aos demais profissionais e conseqüentemente aos usuários. A jornada é longa, mas certamente é gratificante poder colher os frutos do esforço implementado desde o princípio e me encho de motivação a cada paciente a quem mais do que tratar, consegui educar sobre sua própria saúde.

Hoje, me sinto mais preparada, confiante e segura com a bagagem que pude acumular nesse tempo. E embora saiba que ainda há um longo caminho pela frente estou cada dia mais convencida a seguir plantando minhas sementinhas e continuar fazendo parte desse projeto tão fabuloso que é o SUS.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Depressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
2. Portal Brasil [homepage na Internet]. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015. Brasília: Governo Federal; 2016 Dez 1. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015> [acesso em abril 2017]
3. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. Depressão-Resumo de diretriz NHG M44 2012;[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: [http://sbmfc.org.br/media/NHG%2024%20Depress%C3%A3o\(1\).pdf](http://sbmfc.org.br/media/NHG%2024%20Depress%C3%A3o(1).pdf) [acesso em abril 2017]
4. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf> [acesso em maio/2017]
5. Matos e Souza FG. Tratamento da depressão. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(Supl I):18-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a05.pdf> [acesso em maio 2017]
6. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
7. IBES [homepage na Internet]. OPAS- Abordagem da depressão em idosos: medidas não medicamentosas. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/opas-abordagem-da-depressao-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas> [acesso em abril 2017]
8. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Motriz. 2002;8(3):91-98. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf> [acesso em maio 2017]
9. Grinberg LP. Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3335](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3335) [acesso em maio 2017]

10. Mello MF. Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(2):124-130. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200010) [acesso em maio 2017]



## **ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**GREICI KELLY MAIA CAVASSINI**

**O IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO E ATIVIDADES EDUCATIVAS NA  
DIMINUIÇÃO DAS CIFRAS DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA EM JEJUM  
EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA DO BAIRRO OLÁRIA,  
CAMAQUÃ/RS**

**PORTO ALEGRE, 2016**

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

---

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção primária da saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EAD	Especialização a distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
OMS	Organização Mundial de Saúde
SM	Síndrome metabólica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

---

## 1. INTRODUÇÃO

Na prática clínica é extremamente frequente deparar-se com pacientes hipertensos, diabéticos ou obesos, não menos frequente é encontrar mais de uma dessas condições coexistindo no mesmo paciente, podendo muitas vezes configurar o diagnóstico de síndrome metabólica (SM). A SM e todas as suas consequências tem como base comum a resistência periférica a insulina. Entre os critérios diagnósticos encontram-se: circunferência abdominal, pressão arterial, nível sérico de Triglicerídios, HDL-Colesterol e glicemia em jejum. Se conhece que um paciente diagnosticado com SM tem um risco 2,5 maior de morte por causa cardiovascular (5,7).

A prática regular de exercícios físicos e um plano alimentar adequado é parte do tratamento não farmacológico da SM e estratégia fundamental para o adequado controle das cifras de pressão arterial e glicemia em jejum, contribuindo de forma significativa para o sucesso do tratamento (6,7). Tendo em conta essa realidade e a prevalência crescente da doença na população se propõe uma intervenção direta, com realização de atividade física guiada e atividades educativas semanais a um grupo de pacientes diagnosticados com síndrome metabólica.

O presente trabalho tem como propósito intervir no hábito de vida dos pacientes com SM estimulando e orientando a realização de exercício físico regular e atividades educativas com o objetivo de diminuir cifras de pressão arterial e glicemia em jejum a curto e médio prazo, bem como melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento de sua doença.

### PROBLEMA

Aumento na prevalência de pacientes de síndrome metabólica e dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico dos pacientes com este padecimento.

## JUSTIFICATIVA

No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade (5). A síndrome metabólica corresponde a um conjunto de doenças cuja base é a resistência insulínica. Não existe um único critério aceito universalmente para definir a síndrome, os dois mais usados são os da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os do National Cholesterol Education Program (NCEP) - americano, que consideram fundamentalmente circunferência abdominal, pressão arterial, nível sérico de Triglicerídios, HDL-Colesterol e glicemia em jejum (5,7).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção tanto da HAS, como da DM e SM. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, abandono do tabagismo e diminuição do consumo de álcool são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados (1-7).

A ação programática sobre a qual se dará a intervenção é a atenção aos usuários com síndrome metabólica. A importância desta intervenção radica em conseguir um maior controle dos níveis de PA e glicemia modificando estilos de vida e evitando assim complicações que aumentam a morbimortalidade na população. Toda a equipe de saúde está comprometida com o trabalho de intervenção visando conseguir melhor resultado com a implantação das ações. As principais dificuldades e limitações existentes na unidade são a falta da ESF e ACS, necessários para um melhor trabalho de busca de dados, cadastramento e ações de promoção importantes na intervenção.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Diminuir as cifras de pressão arterial e glicemia em jejum nos pacientes com síndrome metabólica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença bem como sua prevenção, controle e tratamento através de atividades educativas.
- Incorporar o exercício físico de forma ativa afim de estimular a mudança no estilo de vida de pacientes diagnosticados com síndrome metabólica.
- Garantir orientação dietética a todos os participantes do grupo.
- Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.
- Estimular o abandono do tabagismo.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### SÍNDROME METABÓLICA

A síndrome metabólica ou plurimetabólica, chamada anteriormente de síndrome X, descreve um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes. A SM tem como base a resistência à ação da insulina, daí também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina. Ou seja, a insulina age menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais esse hormônio e elevando o seu nível no sangue (5,7).

Se trata de uma doença da civilização moderna, associada à obesidade, como resultado da alimentação inadequada e do sedentarismo. A maioria das pessoas com Síndrome Metabólica sente-se bem e não referem sintomas, entretanto, encontram-se no grupo de risco para o desenvolvimento de doenças graves, como as cardiovasculares e o diabetes (7).

Para a maioria dos estudiosos o desenvolvimento da síndrome aumenta com o envelhecimento, sobretudo se a pessoa tem uma vida sedentária. O número de casos na faixa dos 50 anos é duas vezes maior do que aos 30, 40 anos. Segundo as pesquisas uma em cada cinco adultos nos Estados Unidos tem a Síndrome Metabólica. A Síndrome ocorre com mais frequência entre os africanos, hispânicos, asiáticos e americanos nativos. No Brasil estima-se 18% dos homens e 30% das mulheres apresentam SM, ainda que os dados podem variar de acordo com a faixa etária (5).

Entre os fatores que contribuem para o aparecimento do problema estão os genéticos, excesso de peso (principalmente na região abdominal) e a ausência de atividade física regular (5,7).

#### DIAGNÓSTICO

Embora existam diferentes critérios para o diagnóstico da síndrome metabólica (OMS, IFD, etc) segundo a Diretriz Brasileira para Síndrome Metabólica

(I-DBSM), a definição da síndrome ocorre quando estão presentes três dos cinco critérios abaixo:

- Obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem;
- Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica 130 e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg;
- Glicemia alterada (glicemia 110 mg/dl) ou diagnóstico de Diabetes;
- Triglicerídeos 150 mg/dl;
- HDL colesterol  $\leq$  40 mg/dl em homens e  $\leq$  50 mg/dl em mulheres

#### TRATAMENTO DE SÍNDROME METABÓLICA

Sabendo que a obesidade é o fator que costuma precipitar o aparecimento da síndrome, dieta adequada e atividade física regular são as primeiras medidas necessárias para reverter o quadro. No caso de existirem fatores de risco de difícil controle, a intervenção com medicamentos se torna obrigatória (5-7).

O tratamento começa pela modificação de hábitos de vida. Uma dieta saudável pobre em carboidratos simples e gorduras saturadas, rica em fibras, carnes magras, frutas e vegetais é o primeiro passo para tratar e prevenir a síndrome metabólica.

A realização de atividades físicas regulares – cerca de 150 minutos por semana – também é essencial para manter o peso, controlar a pressão e o colesterol (6,7).

#### EXERCÍCIO FÍSICO, DIETA E SÍNDROME METABÓLICA

Existem muitas evidências de que a atividade física melhora a sensibilidade do músculo esquelético à insulina. Sendo assim, diversas pesquisas têm encontrado uma associação negativa entre a prática regular de exercício físico e indicadores como glicemia e insulinemia de jejum. Alguns estudos indicam a permanência desses efeitos, mesmo quando os resultados são corrigidos para o



peso corporal e o índice de massa corporal, reforçando a ideia de que o exercício físico atua sobre a resistência à insulina, independentemente da perda de peso (6,7). Tem sido demonstrado que o benefício da atividade física sobre a sensibilidade à insulina pode ser alcançado tanto por meio do exercício aeróbico como pela prática de exercícios resistidos. Os efeitos de uma sessão de exercício aeróbico sobre a sensibilidade à insulina variam de acordo com a duração, intensidade e dieta posterior, podendo perdurar de 24 a 72 horas.

Assim, as pesquisas indicam que os efeitos duradouros proporcionados pelos exercícios físicos na sensibilidade à insulina são dependentes da regularidade e manutenção da prática de atividade física. Por outro lado, a dieta hipocalórica, ao permitir, redução ponderal, é capaz de aumentar a tolerância à glicose e a ação da insulina. Sendo assim, a associação entre exercício físico e dieta hipocalórica pode proporcionar ganhos maiores no tocante à sensibilidade à insulina, beneficiando o indivíduo com SM (7).

No que diz respeito às normas de prescrição do exercício, diversos aspectos devem ser considerados. Geralmente o portador de SM não é bem condicionado e apresenta excesso de peso corporal. Nesse caso, atividades como caminhada, ciclismo ao ar livre ou mesmo no meio aquático são aconselhados. A duração pode ser iniciada com 20 minutos, evoluindo até 60 minutos, conforme a melhora da condição física do praticante. É importante notar que, inicialmente, deve-se enfatizar a duração, para depois priorizar aumentos na intensidade e esforço.

Em geral, essa conduta tende a tornar os programas de exercícios menos sacrificantes e aborrecidos, contribuindo com maior adesão dos praticantes. A frequência semanal deve ser de no mínimo três vezes por semana. Contudo, alterações mais significativas na aptidão tendem a ocorrer quando as sessões de exercício são realizadas de quatro a seis vezes por semana (6,7). Estudos vêm demonstrando que programas de treinamento físico diminuem a prevalência de síndrome metabólica. A prática regular de exercícios dinâmicos leva a uma redução da pressão arterial sistólica e diastólica, além de melhora na capacidade funcional, nos índices de obesidade (circunferência abdominal, peso e percentual de gordura

corporal), na relação triglicérides/HDL (como indicador da sensibilidade à insulina), em fatores psicológicos e na qualidade de vida em geral (1,3,6).

#### **4. METODOLOGIA**

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade 27, localizada no bairro Olaria em Camaquã, estado do Rio Grande do Sul no período de janeiro a abril de 2017. Trata-se de um estudo clínico intervencionista, onde se incorporarão pacientes com diagnóstico de síndrome metabólica a um grupo de exercício físico e atividades educativas regulares, buscando melhorar a curto e médio prazo as cifras de pressão arterial e glicemia capilar nos pacientes participantes do grupo.

Será criado um grupo de 30 pessoas que realizarão caminhadas com frequência de 4 vezes por semana e duração de 40 minutos guiada por profissionais da equipe de saúde (fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem). As caminhadas terão início às 8:00am e término às 8:40am saindo de frente da unidade 27 e retornando ao mesmo ponto. Uma vez por semana o grupo participará de atividades educativas ministradas por integrantes da equipe de saúde na unidade com duração de 1 hora e abordará diferentes temas como alimentação saudável, conhecimento da doença, mudança do estilo de vida, abandono do tabagismo, entre outros (Anexo 1). Também será realizado acompanhamento nutricional de todos os pacientes participantes do grupo.

O grupo estará direcionado à usuários entre 20 e 55 anos de idade, diagnosticados com síndrome metabólica, que residam no bairro Olaria e estejam dispostos a participar, a participação estará condicionada a aceitação expressa por meio de assinatura do termo de consentimento esclarecido (Anexo 2 e 3). A duração será de 16 semanas (sendo que a semana zero trata-se da organização da equipe) e se dividirá em 4 momentos:

## MOMENTO 1: APRESENTAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA EQUIPE

Realizado na semana 0, se apresentará o projeto para a equipe, se discutirá a metodologia de trabalho e distribuição de tarefas. Nessa semana também se levará a cabo a capacitação da equipe.

## MOMENTO 2: EXECUÇÃO

Durante as semanas 1 à 16 se desenvolverão as atividades propostas conforme e estabelecido no cronograma.

## MOMENTO 3: AVALIAÇÃO PARCIAL

Na semana número 8 se realizará uma reunião de equipe para discussão dos resultados parciais e troca de informações sobre o processo de trabalho, com duração prevista de 2 horas.

## MOMENTO 4: AVALIAÇÃO FINAL

No último dia da semana 16 a equipe se reunirá para avaliação final do projeto. Serão analisadas as fichas de acompanhamento de cada paciente e os dados devem ser registrados em gráficos para posterior apresentação.

## MOMENTO 5: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Se realizará na semana posterior ao término da análise de dados e serão convidados os participantes, trabalhadores e gestor para a exposição dos dados.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe com base sobre o protocolo de atendimento a usuários portadores de HAS e DM para que todos utilizem esta referência na atenção aos usuários. A capacitação ocorrerá na UBS, na semana 0 com duração de 3 horas onde discutiremos todas as partes do protocolo, preparando a equipe para verificação de pressão arterial criteriosa e realização de hemoglicotestes, realização de exame clínico adequado. Cada

membro da equipe estudará um tema e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os responsáveis por esta atividade serão o médico e o enfermeiro.

## 5. CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADES</b>	<b>JAN</b>	<b>FEV</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>
Apresentação do projeto	X			
Capacitação da equipe	X			
Avaliação inicial	X			
Atividade física	X	X	X	X
Atividade educativa	X	X	X	X
Avaliação parcial e preenchimento de ficha de acompanhamento PA, peso, glicemia capilar	X	X	X	X
Indicação de exames: glicemia em jejum e lipidograma	X			X
Avaliação nutricional	X			X
Avaliação dos resultados pela equipe				X
Apresentação dos resultados				X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS PROFISSIONAIS**

- 1 Médico
- 1 Nutricionista
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Enfermeira
- 2 Auxiliar de enfermagem

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Sala para realização dos grupos
- Balança
- Equipamento de multimídia
- Caneta
- Folhas A4
- Impressora
- Fichas de consentimento
- Fichas de cadastro e acompanhamento
- Canetas
- Esfignomanômetro
- Fita métrica
- Glucômetro
- Ficha de requisição de exames
- Equipamento de multimedia
- Lista de pacientes participantes

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Após a intervenção o principal resultado esperado é a conscientização dos pacientes e a extensão de esta para seus familiares e grupos sociais sobre a importância da incorporação de hábitos de vida saudáveis e o impacto destes na conservação da saúde. Outros resultados esperados são:

- Redução ou estabilização do peso dos participantes do grupo,
- Redução no nível de glicemia em jejum,
- Redução nos níveis de PA,
- Melhoria na adesão do tratamento medicamento de suas doenças,
- Motivação dos pacientes no que diz respeito a mudança do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis como reeducação alimentar e prática regular de exercício físico,
- Melhor conhecimento das causas e consequências da hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia e síndrome metabólica,
- Aumentar a responsabilidade e compromisso dos participantes com o autocuidado,
- Possibilitar ambiente de interação social e compartilhamento de vivências,
- Maior capacitação da equipe para atendimento e manejo dos pacientes com síndrome metabólica,
- Melhorar integração da equipe,
- Estreitar vínculo paciente/equipe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
2. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
3. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.15)
4. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.16)
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Sociedade Brasileira de Diabetes; Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005;84(Supl I):S2-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf> [acesso em outubro 2016]
6. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. Rev Bras Med Esporte. 2004;10(4):319-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4/22048> [acesso em novembro 2016]
7. Vasconcellos FVA, Kraemer-Aguiar LG, Lima AFPS, Paschoalino TMPF, Monteiro WD. Exercício físico e síndrome metabólica. Rev HUPE. 2013;12(4):[aproximadamente
8. p.]. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=446](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=446) [acesso em novembro 2016]

## ANEXO 1. PLANO DE ATIVIDADES POR SEMANAS

SEMANA	ATIVIDADE	QUEM	QUANDO
0	Apresentação do projeto, discussão	TODOS	Segunda
	Capacitação da equipe	TODOS	Quarta/quinta
1	Preenchimento da ficha de acompanhamento: aferir PA, glicemia capilar, peso, altura, IMC, medir circunferência abdominal e solicitar exames (glicemia em jejum e lipidograma)	Médico + enfermeira + aux. enfermagem	Segunda Duração: 2h
	Avaliação nutricional individual	Nutricionista	Segunda/terça
	Atividade educativa: <b>Aprendendo a se alimentar</b>	Nutricionista + Enfermeira	Segunda Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	ter -sex (8:00 am) Duração: 40 min
2	Atividade educativa: <b>Conhecendo o diabetes mellitus</b>	Nutricionista + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
3	Atividade educativa: <b>Conhecendo a hipertensão</b>	Nutricionista + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
4	Preenchimento da ficha de acompanhamento: Aferir PA, glicemia capilar e pesar	Médico + enfermeira + aux. enfermagem	Sexta
	Atividade educativa: <b>Firme e forte: a importância de se exercitar</b>	Fisioterapeuta + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am)



<b>5</b>	Atividade educativa: <b>Tô parando! Os malefícios do cigarro</b>	Psicóloga + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>6</b>	Atividade educativa: <b>Cozinhando com qualidade</b>	Nutricionista + enfermeira	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>7</b>	Atividade educativa: <b>Garação e me amol</b>	Psicóloga + enfermeira	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>8</b>	Preenchimento da ficha de acompanhamento: <b>Aferir PA, glicemia capilar e pesar</b>  <b>REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO PARCIAL</b>	Médico + enfermeira + aux. enfermagem  TODOS	Sexta
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>9</b>	Atividade educativa: <b>Melo caminho andado, mantendo a motivação</b>	Psicóloga + Nutricionista	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am)
<b>10</b>	Atividade educativa: <b>Xô tristeza</b>	Nutricionista + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>11</b>	Atividade educativa: <b>Levando as experiências para casa</b>	Enfermeira + Psicóloga	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>12</b>	Preenchimento da ficha de acompanhamento: <b>Aferir PA, glicemia capilar e pesar</b>	Médico + enfermeira + aux. enfermagem	Sexta

	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>13</b>	Atividade educativa: <b>Mantendo o foco</b>	Nutricionista + psicóloga	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>14</b>	Atividade educativa: <b>Compartilhando experiências</b>	Enfermeira + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>15</b>	Atividade educativa: <b>EU de antes X o EU de agora</b>	Psicóloga + Médico	Sexta Duração: 1 h
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am)
<b>16</b>	Preenchimento da ficha de acompanhamento: Aferir PA, glicemia capilar e pesar  <b>REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO FINAL</b>	Médico + enfermeira + aux. enfermagem  TODOS	Sexta
	Exercício físico guiado	Fisioterapeuta + Aux. enfermagem	Seg-qui (8:00 am) Duração: 40 min
<b>17</b>	Apresentação dos resultados	Equipe + participantes + secretário municipal de saúde	Sex Duração: 2h

## **ANEXO 2 - TERMO DE RESPONSABILIDADE LIVRE E ESCLARECIDA PARA USO DE FOTOGRAFIAS**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

### ANEXO 3 - TERMO DE RESPONSABILIDADE LIVRE E ESCLARECIDA PARA PARTICIPAÇÃO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, \_\_\_\_\_, documento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
declaro estar disposto a participar do projeto de intervenção na comunidade com duração de 16  
semanas que consiste na visita diária à unidade durante esse período para desenvolvimento de  
atividades hora educativas, hora física com o objetivo de acompanhar e intervir no meu problema  
de base ( Síndrome Metabólica) Declaro ainda estas de acordo com os objetivos e conteúdo  
do projeto sobre os quais fui devidamente informado. Estou ciente de que posso abandoná-  
lo a qualquer momento por qualquer razão, sem que isso gere qualquer prejuízo.

Local:

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO 4 - FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )f ( )m  
 Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Cor da Pele: \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

### Avaliação Inicial

Peso:

Altura:

IMC:

Circunferência abdominal:

P.A:

F.C:

Glicemia capilar

Exames complementários (glicemia em jejum/ lipidograma)

### Avaliação periódica

1) Seguiu dieta recomendada? ( ) sim ( ) não

2) Participou das atividades físicas quantas vezes por semana?  
 ( ) nenhuma ( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ou +

3) Participou das atividades educativas quantas vezes ao mês?  
 ( ) nenhuma ( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ou +


Parâmetro	A. inicial	Sem 4	Sem 8	Sem 12	Sem 16
Peso					
PA					
Glicemia cap					
IMC					
Circ. abdom					
Complement.		x	x	x	


## Outros Anexos:

## Orientações:

Nome: \_\_\_\_\_

---

 **Orientações**

- 1) Aferir PA 1x por semana
- 2) Reeducação alimentar:
  - Eliminar ou diminuir doces, refrigerante, frituras, massas, etc
  - Consumir frutas e verduras
  - Aumentar ingestão de água
- 3) Atividade física (30 a 40 minutos)
  - \* Exceto contraindicações
- 4) Realizar exames
- 5) Retorno

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Dicas para dormir bem:

# 10 dicas para dormir bem

-  1 Crie o hábito de dormir todos os dias no mesmo horário.
-  2 Reduza o consumo de estimulantes à noite.  
Café ✗
-  3 Opte sempre por colchão, travesseiros e roupas de cama confortáveis.
-  4 Evite ingerir muitos líquidos antes de dormir. ✗
-  5 Faça exercícios! Eles proporcionam um sono mais tranquilo.
-  6 Evite dormir com o computador ou a TV ligada. ✗
-  7 Seu quarto deve ser confortável: escuro, calmo e com uma temperatura agradável.
-  8 Não vá dormir de estômago cheio. ✗
-  9 Utilize seu relógio biológico para dormir e acordar.
-  10 Também não durma de estômago vazio! A fome pode atrapalhar o sono. ✗

### 7.2.3 Carta para parar com remédios para dormir

Prezado senhor (a) \_\_\_\_\_ . Nas nossas anotações você usa há bastante tempo ( \_\_\_\_\_ ), que é um medicamento do grupo dos benzodiazepínicos (RECEITA AZUL / TARJA PRETA / CONTROLADO). Queremos tentar, através desta carta, se podemos mudar a rotina de prescrição e uso desse medicamento.

Muitos médicos se preocupam sobre o uso prolongado desses remédios, porque o organismo pode se acostumar com eles, o que faz os remédios não fazerem mais o efeito desejado. Esses comprimidos podem até viciar, o que gera ansiedade ou insônia se não tomarem seus comprimidos. Essas queixas e sintomas não são os motivos originais para os quais os remédios foram prescritos, mas sintomas de abstinência temporários.

Os benzodiazepínicos têm outras desvantagens. Há maior chance de acidentes (Ex: tonturas, quedas e acidentes). Pesquisas mostram que esses remédios podem ter uma piorar muito a memória. Por isso, eu te aconselho a diminuir gradualmente o uso do ( \_\_\_\_\_ ), e se possível, parar totalmente.

Nesse processo, o seu organismo precisa acostumar a uma nova situação em que você temporariamente pode ter ansiedade, irritabilidade e insônia. Se esses sintomas aparecerem, tente aquentar firme, pois, com tempo eles vão passar sozinhos e você se sentirá melhor. Diminuindo o uso de pouquinho em pouquinho há menos chance de ter sintomas. Por isso, tente usar cada semana menos remédio e tome os comprimidos apenas se você precisar enfrentar alguma coisa que te deixa muito desconfortável. Se você começou a diminuir, provavelmente vai conseguir parar totalmente. Estudos mostram que pessoas que conseguem parar o uso se sentem melhor do que quando ainda usavam os

remédios. Esperamos que esta carta seja um estímulo para você diminuir o uso. Se você quiser, poderemos conversar mais sobre esse assunto.

Um cordial abraço!

### Proposta do grupo de idosos:

- O grupo será realizado com idosos principalmente em situação de risco (diversas comorbidades, depressão, morando sozinhos)
- Entre os objetivos do grupo estão: envolver esses pacientes em atividades sociais, controlar e orientar a toma correta de medicamentos, estimular atividade física e alimentação adequada, orientar sobre as diversas doenças bem como suas complicações, promover ambiente descontraído e centrado na saúde.
- Frequência: 1 vez por semana (quartas/ tarde)/
- Duração: 1 a 2 horas
- Participantes: 10
- Local: Unidade ambulatorial 03 (pretendo fazer atividades externas)
- As atividades estarão divididas em 3 momentos:
  - Inicial que consiste a roda de conversa e apresentação do tema
  - Desenvolvimento, quando se abordará o tema em conjunto com atividades como dinâmica de grupo, jogos, roda de leitura, dança, canto e etc, terminando com um resumo do aprendido.
  - Finalização, momento dedicado à atividade física. Consta de alongamento, caminhada e por fim aplicação de técnicas de relaxamento.

SEMANA	TEMA
1	Apresentação do grupo, informações gerais. Dinâmica do barbante
2	Quem sou eu? Dinâmica, estímulo á expressão (desenhos)
3	Atividade temática dia das mães: estimulando a auto-estima (concurso mãe + bela)
4	Tema: Depressão, lidando com nossos fantasmas
5	Tema: Saúde da mulher: CP, mamografia, etc (dia da dança)
6	Tema: Climatério e suas alterações
7	Tema: Incontinência urinária e fisioterapia
8	Tema: Osteoporose e sua prevenção
9	Tema: Dor crônica, como viver com ela?/ Aspectos psicológicos da dor
10	Tema livre
11	Tema: Insônia, dormindo como um anjo
12	Tema: Fitoterapia/Terapias naturais
13	Filme
14	Tema: Treinando a memória
15	Tema: Alimentação saudável
16	Tema: HAS
17	Tema: DM
18	Tema: Lidando com as perdas
19	Reavaliação/ Reflexão



