

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

**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

Fernando Ari Grubert da Silva

**CUIDADO MAIS HUMANIZADO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRONICAS**

Júlio de Castilho 2018

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

**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

Fernando Ari Grubert da Silva



**CUIDADO MAIS HUMANIZADO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRONICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de  
Especialização em Saúde da Família da Universidade  
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Professor-orientador: Dr Warley Aguilár Simões

Júlio de Castilho 2018

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA.....	15
4. VISITA DOMICILIAR .....	21
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	25
6. REFERENCIAS .....	27
7. ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
8, ANEXO II PLANILHAS .....	32

## 1-INTRODUÇÃO

Meu nome é Fernando Ari Grubert da Silva, tenho 39 anos, sou natural do estado do Rio Grande do Sul da cidade de Ijuí, cresci em Campo Grande MS e terminei minha educação básica em escolas particular Dom Bosco.

Através de uma missão da igreja fui parar na Bolívia onde fiquei algum ano como pastor na igreja em Bolívia, onde estudei medicina na universidade UDABOL, uma universidade particular, onde me graduei em 2014, Trabalhei em Santa Cruz de La Sierra por um ano em hospital San Juan de Dios. Entrei no programa Mais Médico para o Brasil desde 15 Agosto de 2016 na cidade de Júlio de Castilho Rio Grande do Sul.

Estou desenvolvendo meu trabalho no município de Júlio de Castilho RS. Este município tem 20032 habitantes (gráfico em anexo) , o nome do prefeito municipal é Joao Vester.

A Câmara de Vereadores é composta por 11 vereadores.

Quanto à economia, é baseada principalmente na (x) agricultura, (x) comércio. A maior empresa da cidade é mercado rede super., que trabalha no ramo de comercio alimentício e tem 40 funcionários.

Quanto aos habitantes, 9626 são homens e são mulheres. 9953 têm menos de cinco anos e 1061 têm mais de 60 anos. 16106 moram na zona urbana e 3473 na zona rural (gráfico em anexo).

De 10 anos atrás até hoje, a população local diminuiu (aumentou/diminuiu) cerca de 453 pessoas. As pessoas com mais de 60 anos corresponde a 2753 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 15e 24 anos. A esperança de vida ao nascer é de 638 para mulheres e de 697 para homens. (gráfico em anexo).

A taxa de mortalidade infantil a melhora muito nos últimos anos, em Júlio de Castilho por causa de um bom trabalho de acompanhamento das gestantes. (gráfico em anexo).

Quanto à escolaridade, temos cerca de 8,36% de pessoas analfabetas. Quanto ao lazer, as principais alternativas são: (a) caminhadas nas áreas de lazer ; (b) conversas nas praças ; (c) piscina publica; (d) academia de ar livre .

Em relação à estrutura de saúde, temos 14 Unidades Sanitárias. O município tem (tem/não tem hospital). O hospital tem 62 leitos. As causas de internação mais frequente são: (a) câncer; (b) causas externas Quanto às causas de óbitos, as TRÊS mais frequentes são: a) neoplasias ;(b) aparelho respiratório ; (c) endócrino, nutricional, metabólico . Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi aparelho respiratório e entre os homens neoplasias. O Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2008 foi de 14,98/1.000, ou seja, morreram 3 crianças com menos de um ano e nasceram 221 crianças.

Estou trabalhando na unidade Independência, que consta de uma enfermeira de duas técnicas de enfermagem, medico uma dentista e uma auxiliar da dentista, e a senhora da limpeza e as cinco agentes comunitárias assim esta constituída nossa equipe na Independência, onde está dividida em cinco micros áreas e um agente comunitário em cada micro área.

Dentro da região que abrangem a ESF independência, temos dois micros áreas de baixo nível econômico, algumas ruas sem asfaltos, mas com luz e agua potável. Encontram na nossa área duas igrejas que nos ajudam nas reuniões do hiperdia, também temos uma creche, uma escola, um presídio onde damos assistência a cada 15 dias. Nossa área consta atualmente de 3900 habitantes, com predomínio de pessoas idade de 15 aos 59 anos. (gráfico em anexo).

As doenças prevalentes e nossa região são: Diabetes mellitus tipo 2, depressão, hipertensão arterial sistêmica, lombalgias, artroses, doenças cardiovasculares, rinite alérgicas, infecções e vias aéreas superiores, infecções urinarias, estas são as enfermidades mas frequentes que atendemos em nossa região do ESF independência, nossa região não e área endêmica.

Trabalhamos com agendamentos e consulta demanda livre, as pessoas que vão ao ESF são todas acolhidas, também visitas domiciliares, as pessoas que não podem locomover a enfermagem vai até sua casa fazer curativos, a dentista trabalha em conjunto nos ajuda nas visitas à creche e escolas fazendo prevenção primária,

também acompanhamento das gestantes após o parto pela enfermagem em uma visita domiciliar auxiliando na conduta do recém-nascido.

No projeto de intervenção o tema escolhido foi: Diabetes Mellitus tipo 2 , pois muitas pessoa na nossa áreas esta em total abandono, tanto no controle desta enfermidade , como na sua abrangência em um todo, e com isso através deste projeto melhoramos a informação ao paciente sobre a enfermidade, e como poderíamos ajudar como equipe da ESF a uma melhor qualidade de vida.

Gráficos em Anexo II.

## **2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO CASO CLÍNICO: Independência**

Identificação Nome: Santa da Silva

Idade: 60

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio completo

Religião: evangélica

Estado civil: casada

Profissão: bancaria aposentada

Naturalidade: Júlio de Castilho / RS

Residência Atual: Júlio de Castilho , Rua das Flores N45 bairro: Pro morar

QUEIXA PRINCIPAL: Glicemia não Controlada

### **HISTORIA DA DOENÇA ATUAL**

Consulta (01/02/2017)

Paciente de 60 anos com antecedentes de diabetes mellitus a 5 anos , em uso de metformina 850mg 1cop 3x ao dia , onde relata que muitas vezes esquece de tomar , não faz exercícios e nem cuida a alimentação, e que nestes últimos dias, esta se sentindo com muita fome , sede, e perdeu um pouco de peso ( $\pm 2$  quilos neste ultimo mês ), veio a consulta relatando que gostaria de um acompanhamento de seu estado de saúde mas perto.

### **IINTERROGÁTORIO SINTOMATÓLIGICO**

Sintomas Gerais: Paciente em bom estado Geral , perda de peso  $\pm 2$  quilos,

Biótipo: Endomorfo

Cabeça: sema alterações nega cefaleia, ou queda de cabelo.

Pescoço: Dolorido muitas vezes ao despertar

Tórax: assintomática

Abdome: sem alterações

Sistema Geniturinário:

Sistema endócrino: nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;

Sistema nervoso: sem alterações.

### **ANTECEDENTES PESSOAIS:**

#### **Ginecológico**

Telarca 11 anos;

Menarca 12 anos;

#### **Obstétrica:**

Gesta três; parto três; cessaria zero , aborto zero

#### **Patológicos ou adquiridos.**

Doenças da infância: caxumba

Doença na adolescência: não lembra

Doença na fase adulta: dengue, herpes , DM tipo 2

Antecedente Cirúrgico: Apendicectomia.

Nega alergias.

Medicamentos:

Em uso: Metformina 850mg 1 cop 3x ao dia

#### **Antecedentes familiares**

**Pai:** Falecido a 5 anos por causas externas aos 80 anos , em um acidente de carro chegando da pescaria , não tomava nenhum medicamento, relata que sua vida era uma vida saudável, que amava estar com seu pai, se dava muito bem com ele .

**Mãe:** Agora com 84anos vive com ela em casa, mas relata que ama muito sua mãe, e não tem nenhuma briga com ela , também menciona que sua mãe e hipertensa em uso de hidroclorotiazida 25mg 1 comprimido dia , AAS 100mg 1 comprimido após almoços, losartana 50mg 1 comprimido 2x ao dia , mas que sua pressão sempre bem controlada.

**Irmãos:** Têm dois irmãos os dois sem nenhuma doença, e duas irmãs que é sana.

**Filhos:** Uma meninas de 18anos na faculdade sana, Uma menina de 22 anos terminando a faculdade de contabilidade sana, e um menino de 28 anos bancário também sano, todos vivem com a mãe .

**Marido:** vive com ela já a 30 anos , sem nenhum problema de saúde.

#### **Condições de Vida:**

Paciente vive com o marido de 62 anos de idade, com a mãe 84 anos de idade e com os filhos, onde as filhas somente ao finais de semanas retorna a casa.

O marido trabalha na lavoura, vive a casa e feito de material, com agua potável, esgoto, e luz elétrica, tem quatro quartos, uma sala, uma cozinha, uma garagem grande.

**Alimentação:** muitos doces, onde ama fazer doces caseiros e não consegue viver sem elas, não gosta de saladas, ou frutas, onde sua dieta e ricas em gorduras e frituras são comidas, mas rápidas para fazer.

**História ocupacional:** trabalhou no banco do Brasil 30 anos

**Atividades físicas:** paciente nega fazer exercícios

**Condições socioeconômicas:** com o salario da aposentadoria do marido e que ainda está trabalhando, e com sua aposentadoria, mas ajuda do filho mas velho , e com a aposentadoria da mãe , conseguem levar uma vida de classe razoável., sem muito luxo mas sem necessidades.

## **EXAME FÍSICO**

### **Somatoscopia:**

Paciente em bom estado geral , orientada no tempo e no espaço , com facie de aspecto oval, biótipo endomorfo, mucosa de aspecto normocorada, cor branca, hidratada, afebril sem edemas nos membros inferiores.

### **Sinais Vitais:**

Temperatura: 36,5°C;

PA: 120x85mmHg;

FC: 70 bpm;

FR: 20 irpm.

### **Medidas Antropométricas:**

Peso: 85kg ,

Altura: 1,75 cm.

IMC: 27,7 (sobrepeso).

Circunferência abdominal: 95cm

### **Cabeça e pescoço:**

Cabeça: com implantação de cabelos normais, sem alterações, orelhas simétricas com presença de dois furos em cada orelha em uso de brincos sem alterações, condutos auditivos sem alterações, boca com presença de todos os dentes em boa aparência, língua normal, orofaringe dentro das normalidades,

Pescoço: tireoides de tamanho e consistências normais, sem palpação de linfonodos.

### **Tórax:**

Inspeção: tórax anterior e posterior simétrico; mamas simétricas; com amplitude dentro das normalidades.

Palpação: com boa expansibilidade dentro das normalidades; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular positivo, em ambos os campos pulmonares.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

### **Abdome:**

Inspeção: abdômen globoso, com cicatriz na região hipocôndrio direito de mas ou menos 4cm sem sinais de infecção por uma apendicectomia

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: macies hepática presente, timpânico.

Palpação: abdômen com grande quantidade de tecido adiposo, sem dor a palpação, sem anomalias.

### **Extremidades**

Simétricas, sem presença de edema, lesões ou varizes.

Pé: sem presença de lesões, com presença de todos os dedos, pulsos presentes , sem edemas

Hipótese diagnostica: Diabetes Mellitus tipo 2

Conduta:

Metformina 850mg 1 cop 3x ao dia antes de cada refeição meia hora ,

Dieta para diabéticos em acompanhamento com nutricionista

Exames de laboratórios: hemograma completo, Hba1c, hdl, ldl, col total, glicemia em jejum, potássio, tsh, t4 livre e controle do peso nas consultas.

Exercícios diários no mínimo 30 minutos dias de caminhada 5x por semana. Retorno em 30dias para avaliar os exames de laboratórios e estado nutricional.



## **EVOLUÇÃO**

### **2ª Consulta (Dia 01/03/2017)**

S- Paciente retorna a consulta com os exames de laboratórios relatando que foi ao nutricionista e que esta se sentindo muito melhor, também esta aderindo aos exercícios diários.

O- Exame físico sem lesões ou edemas nas pernas, peso 83 quilos, altura 1,75 metro, IMC 27,12, Circunferência abdominal: 87cm PA130/80mmhg, hgt 118mg/dl, T°36, 8C, laboratórios: HB12,6g/dl, hba1c 6,8mg/dl, plaq 250mil/mm<sup>3</sup>, trigl 100mg/dl, HDL 45mg/dl, LDL 85mg/dl, col. total 130mg/dl, t4 livre 0,78mcg /dl, glicemia em jejum 187mg/dl.

A- Diabetes Mellitus tipo 2

P- orientação sobre os cuidados com a saúde e que continue tomando certinho seus medicamentos e retorno em 30 dias para controle, acompanhamento com a nutricionista.

Metformina 850mg 1 cop 3x ao dia

### **3ª Consulta (Dia 01/04/2017)**

S- Paciente retorna a consulta para avaliação de seus dados antropométricos, onde relata que esta seguindo bem restrito o que a nutricionista tinha dado para ela, e também esta fazendo exercícios e hidroginástica 5x por semana.

O- Exame físico dentro do esperado, peso 82 quilos, altura 1,75 metro, IMC 26,79, PA:130/85mmhg, T°36,7C, Circunferência abdominal 86cm, Hgt 128 mg/dl

A- Dm tipo 2

P- orientação sobre os cuidados com a saúde e que continue tomando seus medicamentos e retorno em 90 dias para controle, acompanhamento com a nutricionista.

Metformina 850mg 1 cop 3x ao dia

### **4ª Consulta (Dia 01/07/2017)**

S- Paciente retorna a consulta para avaliação de seus dados antropométricos, onde relata que esta seguindo bem tudo que tinha combinado, onde nestes últimos meses ela conseguiu fazer muitas coisa que não conseguia, em fazer corridas , estar mas animada no seu dia a dia, ate seu humor esta bem melhor, onde a família dela ajuda muito ela em se cuidar na diabete.

O- Exame físico sem alterações, peso 78 quilos, altura 1,75 metro, IMC 25,4, PA:130/80mmhg, T°36,7C, Circunferência abdominal 83cm, Hgt 126 mg/dl

A- DM tipo 2 controlada

P- orientação sobre os cuidados com a saúde e que continue tomando seus medicamentos e retorno em 60 dias para controle, acompanhamento com a nutricionista.

Metformina 850mg 1 cop 3x ao dia

**Conduta:**

Foi informada a paciente que esta indo bem controlada com a diabetes , e que uma vez ao ano consultasse ao medico para ver como esta seu estado de saúde, e que sempre etária em acompanhamento com a equipe de saúde , e caso necessitasse algo comunique com a agente de saúde de seu bairro.

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

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Caderno 23 Br-2013)

Na atenção primária tem o importante papel de disseminar informações de fácil acesso a população, promover saúde e educação sobre os problemas prevalentes em cada área de saúde, e também cada profissional estar capacitado para ter uma visão como diagnosticar e ajudar nos problemas mais comuns da sua região.

Em nossa esf Independência de Júlio de Castilho, juntamente com as enfermeiras, agentes comunitárias, odontologia, medico, CAPS, ginecologia, obstetra, trabalhos em conjunto para desenvolvimento de temas de pré-natal, puericultura e saúde mental.

Na puericultura observamos que no decorrer dos meses deste ano como as mães muitas vezes estavam sem orientação a respeito das vacinas, alimentação da criança sobre o dia a dia da criança e os direitos da criança. De acordo com o caderno 23 do Ministério da saúde que damos nossas orientações a família da criança.

E uma das frases que muito colocamos em pratica aqui na esf, esta no caderno 23 do Ministério da Saúde pagina 27 que diz o seguinte: O apego, vínculo emocional recíproco entre um bebê e seu cuidador, constrói-se baseado em relacionamentos preliminares estabelecidos ainda com o feto e com a criança imaginada pelos pais, antes mesmo do seu nascimento. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Através de orientação a estas famílias observamos uma mudança no comportamento para com seus filhos, e o compromisso de trazer os filhos a unidade de saúde para o bem estar deles e da família, também observamos que as famílias estão trazendo mais seus filhos ao posto de saúde e dando menos remédio por

conta, assim ajudando a evitar medicação excessiva da família para as crianças. Juntamente com o pediatra nos caso mais complicados encaminhamos a ele para uma avaliação, assim trabalhando em conjunto com a pediatria nos dando apoio nos caso mais complicado.

Sobre as a saúde mental é um dos temas muito interessante no nosso dia a dia, principalmente nesta época de que os ansiolíticos estão na “moda”.

Observando juntamente com a equipe da Esf Independência observamos quanto avia pessoas tomando remédio para depressão, ansiedade, distúrbios psicossocial e outros. Através de alta demanda destas receitas começamos a organizar e agendar consultas medica para poder entender qual era o conceito porque eles estavam tomando aqueles medicamentos.

Através de agendamento destes usuários observamos três pontos frequentes por uso dos medicamentos.

- 1 - Não sabiam por que deram.
- 2- Porque há muito tempo tomam e se deixar more
- 3- Há 30 anos morreu alguém então começou a tomar

Através destes questionamentos e das consulta agendadas começamos juntamente com o CAPS (pois no nosso município não temos a NASF), a orientar os pacientes para uma possível retirada do medicamento, pois muitos somente tomavam e nunca mais foram orientados sobre a medicação em uso.

Hoje fazemos uma reunião com o CAPS para discussão dos casos e orientação para nossa equipe, principalmente em como podemos orientar a estes pacientes e qual deveríamos encaminhar a uma consulta com o CAPS. Muitos pacientes hoje já estão sem os medicamentos e vivendo melhor. E nas consulta orientamos sobre o uso destes medicamentos, como devem ser tomados se for necessários, também enfatizamos sobre o papel importante dos familiares a respeito deste pacientes, que não somente o uso do medicamento irá ajudar este paciente e sim o entorno do paciente. Como no pré-natal aqui também usamos o eco mapa para entender o que constituí o vinculo do paciente na sociedade. Creio que com isso conseguimos reduzir os excessos de medicação dos pacientes.

Do aspecto do pré-natal, nossa equipe hoje esta estruturada para o melhor bem estar da paciente, desde seu primeiro dia que deu positivo para a gravidez até após a gestação sem prede o vínculo com a esf independência.

No pré-natal, estamos juntamente com a enfermagem, medico obstetra, nutricionista, dentista e a 4ºcoordenadoria, em que se da em prevenção, promoção da saúde da gestante. Onde temos como base de referencia do caderno do ministério da suade número 32, juntamente com a atualização com a 4ºcoordenadoria que sempre esta capacitando a equipe para o bem estar e acompanhamento das nossas gestantes.

A Equipe do ESF Independência do município de Júlio de Castilhos faz parte do processo de Planificação, passando por adequações sendo uma das unidades laboratório, tendo como tutora a Odontóloga Lívia Giorgi Bastos, atualmente compondo o grupo de profissionais que estão sendo capacitados para a realização de PNRH nas Unidades Básicas de Saúde, participam também os profissionais enfermeira Angélica Klein e o médico Fernando Grubert.

Diante disto desenvolveu-se o diagnóstico da situação da assistência ao PNRH realizada pela Equipe do ESF Independência, bem como a realização de propostas de melhoria destas ações e qualificação dos serviços, envolvendo todos os membros da equipe, salientando a importância de todos durante este processo.

Busca-se com este estudo de planejamento de ações assegurem a gestante/puérpera e feto/RN uma assistência segura e livre de intercorrências evitáveis, com isso diminuindo os índices de mortalidade infantil neonatal e materna, bem como proporcionando condições adequadas ao profissional na prestação deste cuidado.

## **Pré-natal**

Equipe ESF Independência – Júlio de Castilhos – 20017

Como sabemos um bom pré-natal e de sumo importância à saúde da mulher e do feto, visando isso em nosso município trabalhos da seguinte maneira.

1- Busca ativa realizada pelas agentes comunitárias de saúde em mulheres com suspeitas de gestação:

Juntamente com as agentes comunitárias identificamos algumas pacientes com possibilidade de gravidez sem aderência ao pré-natal; realiza-se educação continuada com as ACS através das reuniões de equipe, momento onde sempre discutimos casos ou são passadas informações pertinentes às orientações do cuidado em saúde. Alertamos para informações importantes como, por exemplo, nas visitas domiciliares, estarem atentas com mulheres em idade fértil, se a menstruação está em dia, se faz uso de anticonceptivo, e em caso de suspeita que seja comunicada a enfermeira do ESF, então se traça estratégias para averiguação da suspeita.

2 - Confirmação da gestação: é realizada uma consulta de enfermagem, verificando sinais e sintomas sugestivos de gestação e realização de teste rápido para confirmação da suspeita.

3- Cadastro da paciente: realiza-se o cadastro da gestante no SIS pré-natal e nos prontuários de uso da equipe.

4- Consultas são organizadas da seguinte maneira:

\*\*Até 28ª semana – mensalmente;

\*\*Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

\*\*Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. Fonte: (BRASIL, 2012).

A primeira consulta é realizada pela enfermeira, que realiza a avaliação da situação clínica, solicitação de exames de laboratório, teste rápidos, estratificação de risco, preenchimento do cartão da gestante, análise do histórico vacinal, orientações e aconselhamento da importância do comprometimento ao pré-natal, salienta-se sobre o pré-natal do parceiro e de como será o acompanhamento em toda a gestação, orientações quanto a prevenção da toxoplasmose, orientações dietéticas e de uso de medicação.

A partir da segunda consulta inicia-se o atendimento intercalado entre médico e enfermeira, avaliação dos exames laboratoriais, avaliação clínica, e nova estratificação, solicitação da USG obstétrica, esclarecimento de dúvidas, reforço das

orientações dietéticas, uso de medicações (como exemplo ácido fólico e sulfato ferroso)

Também é encaminhada a gestante ao nutricionista na primeira consulta e fica em avaliação até final da gestação, e com a dentista que acompanha todas as gestantes da ESF, com uma avaliação o mais precoce possível e acompanhamento.

Entre 27-28 semanas, todas as gestantes são encaminhadas a uma consulta com a obstetra da cidade, se na avaliação com a obstetra percebe-se a necessidade de seguir o acompanhamento com a obstetra, a gestante continua mesmo assim sendo atendida pela equipe do ESF para que não perca o vínculo.

Monitoramento final da gestação é feito pela obstetra do município, e com a Equipe do ESF.

Puerpério imediato é feito na primeira semana após a alta da gestante, onde a enfermeira visita a gestante em seu ambiente domiciliar, para avaliação da gestante e das condições de moradia e/ou vulnerabilidade, identificam-se dúvidas na amamentação, teste do pezinho sensibilizando a puérpera da importância da coleta em tempo hábil, lembrando que esta sensibilização já acontece durante todo o pré-natal, principalmente nos grupos de gestante, agendamento de consulta para puérpera e RN.

Nas consultas subsequentes segue o agendamento de puericultura, e também aconselhamento e prescrição de método contraceptivo para puérpera.

Dentro da ação da equipe da ESF Independência, realizamos os grupos de gestantes que são agendados mensalmente em dia de atendimento semanal a gestante (sempre na quinta- feira a tarde), trazemos temas como a saúde da mulher na gestação, amamentação, cuidados no puerpério, cuidados com o RN, sempre com convidados de diversas áreas do conhecimento técnico em saúde.

Temos reservado na agenda a quinta-feira à tarde para atendimento exclusivo da gestante, evitando com isso muitas vezes contatos com portadores de infecções que possam colocar a saúde da gestante e do feto em risco, evitando o estresse do atendimento demorado, motivando a gestante a adesão efetiva ao acompanhamento, bem como aproveitando este momento para conferir cartão da

gestante, fazer orientações em sala de espera em que as técnicas de enfermagem dão um importante suporte.

O município disponibiliza os exames preconizados pelo ministério da saúde, disponibiliza Ultrassom obstétrico em cada trimestre de gestação, se necessário.

O Hospital de referência para o parto de risco habitual é a Casa de Saúde de Santa Maria, e o município disponibiliza o transporte.

E o hospital para acompanhamento de pré-natal de alto risco é o HUSM.

A Equipe do ESF Independência se compromete muito com o atendimento a gestante, entendendo-se que se trata do atendimento de duas vidas, toda a equipe se envolve neste cuidado, profissional da higienização, ACB, profissionais da enfermagem, médico e principalmente as ACS que intensificam as visitas neste período para que não percam as informações de relevância ao acompanhamento.

\*\* Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal.

\*\* A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Gráficos e eco mapa se encontra em anexo II.

#### **4 - VISITA DOMICILIAR**

Introdução O princípio da “integralidade” em saúde, definido na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio incorpora a premissa de garantir a atenção nos três níveis de complexidade da assistência, suscitando o conceito de rede de assistência à saúde (GIOVANELLA ET AL., 2002) e torna-se base para que os serviços ofertem ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde/doença. Essas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003)

E segundo os princípios do SUS e dos estudos no curso sobre que seria atenção domiciliar, começamos a elaborar um plano para melhor atendimento de nosso paciente aqui na ESF Independência de Júlio de Gatilho., de acordo com os estudos no curso, de atenção domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar (fonte: UNA-SUS UFCSPA) :

##### **Atenção domiciliar:**

Humanização do atendimento.

Maior rapidez na recuperação do paciente, prevenção de eventuais sequelas, e diminuição do risco de infecção hospitalar.

Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem.

Redução do custo do dia internação.

Redução de internação por recidivas.

##### **Assistência domiciliar:**

Processo de trabalho inerente às equipe da APS

Responder as necessidades da saúde de populações com perdas funcionais e dependência para realização das atividades da vida diária.

Trabalho de equipe multidisciplinar com tecnologias de alta complexidade (conhecimento), e baixa densidade tecnológica (equipamento).

Integralidade das ações e adaptada as especificidades loco regionais.

### **Internação domiciliar:**

Pactuada na comissão Inter gestores tripartite –CIT 23/03/06.

Atividades prestadas por equipe exclusiva para esse fim.

Pessoas, clinicamente estáveis, que exijam cuidados de intensidade maior que ambulatorial, mas que possam ser mantidos em casa.

A partir destas características organizamos os cuidados com as pessoas que necessitam a atenção domiciliar, aqueles que realmente necessitavam deste cuidado.

Com objetivo de chegar a estas pessoas que necessitam da atenção da saúde e que por motivos relatados acima não possam chegar a unidade de saúde

Assim colocando os princípios do SUS em pratica de integralidade, fazendo mais humano este momento que estão passando, assim fazendo que a comunidade juntamente com ESF Independência possam trabalhar juntos.

Dentro dos principais destaques na nossa região estão os portadores das doenças crônicas, a 1 semana após o parto(puerpério imediato), gestantes faltosas, doenças mentais.

Nas visitas das pessoas crônicas principalmente aqui na nossa região são portadores de DPOC, são acompanhados pela visita do medico e da enfermeira, neste dia da visita avaliamos o exame físico, sinal vital, orientação sobre o cuidado com a pessoa tem que ter no seu dia, renovamos receitas, se necessário algum exame já entregamos, a enfermagem conversa com os familiares, e ajudamos muitas vezes com orientação aos cuidadores como manejar o paciente com doença crônica.

Também quando necessário temos o acompanhamento da equipe odontológica para o bem estar bucal dos pacientes que não podem se chegar ao esf. Com isso intentamos fazer o melhor para o paciente que necessita do acolhimento da esf independência.

E ensinamos ao cuidador de acordo com o diagrama metodológico do autocuidado.  
(fonte de DB/SAS/MS):

Condições Crônicas.

Fazer lista de problemas.

Escolher prioridades.

Escolher um aspecto da prioridade a ser modificada:

-Aspecto clínico.

-Mudança de estilo de vida e mudança de papeis

-Aspecto psicossocial.

} Pilares de altos cuidados.

Elaborar um plano de conjunto de cuidado.

1-Método cognitivos comportamentais.

2 - Métodos cognitivos comportamentais.

Métodos de empoderamento autonomia.

Métodos compreensivos.

} Métodos de abordagem.

3-Métodos compreensivos, Métodos de

Empoderamento/autonomia.

1- Aprender a fazer, Aprender a conhecer.

2- Aprender a ser , Aprender a conhecer .

} Métodos de abordagem.

3- Aprender a ser

Através deste diagrama podemos trabalhar melhor com os portadores de doenças crônica.

Temos um cuidado mais de perto com as gestantes da nossa região da ESF independência desde seu primeiro dia em contato com a positividade do resultado até sua chegada após o parto puerpério imediato. Por isso organizamos aqui na esf independência a respeito do pré-natal e puerpério imediato, assim podendo entender

qual é a vulnerabilidade daquela gestante em todo seu âmbito, social e familiar. Sabemos que muitas mães mesmo com uma boa planificação já mencionado na abordagem pré-natal da esf independência, necessita aquela capacitação do puerpério imediato, por exemplo: Banho do bebe, na interação familiar da chegada do novo membro, a pega adequada na amamentação, o teste do pezinho, o psicológico da gestante, e agendamento com o medico para avaliação da gestante e do bebe. Com isso também fizemos que a nova mãe se sentisse amparada pela esf no que precisar.

### **Conclusão.**

Através dos estudos sobre a diferença e como abordar a visitas domiciliar, hoje nossa equipe da esf independência, conseguimos nos organizar melhor, em relação ao atendimento mais humanizado para nossos pacientes que necessitam um acompanhamento domiciliar.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Hoje refletindo sobre todo o processo que passei juntamente com a equipe do esf independência, através do projeto de intervenção e dos casos estudados, conseguimos no decorrer deste ano observar o quanto impacto tanto a nossa equipe quanto a população da nossa esf, tanto em conhecimento quanto em mais humano para os pacientes, e a confiança que hoje as pessoas esperam na equipe da independência.

Sobre o tema projeto de intervenção dos pacientes com diabetes, hoje nossa equipe de enfermagem, odontológica, as agentes comunitárias e o medico, estamos conseguindo através do projeto de intervenção, colocar uma boa expectativa de vida para esta população.

Em todo este tempo creio que não esta sendo fácil, pois muitas vezes as pessoas da nossa região tem um freio por mudanças, principalmente pacientes mais idosos. Mas tanto os contras e pros deste projeto, esta sendo de grande proveito a nossa população, pois hoje sabemos como estão vivendo nossa população e como podemos intervir para um bem estar de cada um.

Também no longo dos temas foi de grande aprendizagem, a respeito das doenças mentais, hoje conseguimos juntamente com o CAPS uma aproximação com eles para o bem estar dos pacientes da nossa região, e através das contra referencia e acompanhemos mais de perto dos pacientes após a alta do CAPS, conseguimos uma melhor sobrevida de cada um.

A respeito do pré-natal, foi uma experiência de grande ajuda e esta sendo, pois hoje temos uma visão melhor das gestantes, mesmo que algumas ainda têm a visão que pré-natal é igual ao obstetra, hoje 90% das gestantes estão em acompanhamento com esf independência, com isso conseguindo fazer um bom acompanhamento através dos projetos mencionados durante o trabalho do pré-natal.

Com este acompanhamento mais de perto também conseguimos que as pacientes retornem para as consultas da puericultura e do puerpério imediato, assim vinculando as pessoas mais perto do SUS.

Num parâmetro geral os temas estudados no decorrer do curso contribuíram muito para minha formação profissional, temas de grande complexidade e de grande ajuda no dia a dia da minha profissão médica, tanto nos casos clínicos como trabalho em equipe, também o trabalho de intervenção ajudou a equipe se organizar melhor o trabalho dentro da esf, e hoje somos uma equipe mais humanizada para os nossos pacientes.

## 6. REFERENCIAS BIOGRÁFICAS.

Fonte IBGE e prefeituras Municipais :

Fonte: DB/SAS/MS.

Fonte : IBGE, censo demográfico 2010

<http://cod.ibge.gov.br/7J2>

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431120>

<http://cod.ibge.gov.br/2G8D>

<http://www.juliodecastilhos.rs.gov.br/2017/>

(PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BRAZELTON; CRAMER, 1992

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica Saúde caderno nº33 Brasília DF 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica Saúde caderno nº34 Brasília DF 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica Saúde caderno nº32 Brasília DF 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Sociedade Brasileira de Diabetes DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS E TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2, C:\bvs\editaveis\pdf\consensoSBD.doc.

BRASIL. 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)

Fonte: <http://.ibge.gov.br/7j2>

BRASIL. 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)

Política Nacional de Atenção Básica Série E. Legislação em Saúde, Brasília – DF 2012, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica

**7. ANEXO I**

**10. ANEXO II PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Fernando Ari Grubert da Silva

**DIABETES MELLITUS**

JÚLIO DE CASTILHO

2017

## RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta para desenvolvimento da melhora na atenção aos usuários da área do ESF Independência, onde será direcionado aos pacientes que tenha menor risco de complicações cardiovasculares e não fatais. Neste estudo apresentaremos como uma alternativa de abordagem para a equipe da ESF, onde junto com toda equipe organizar um bom atendimento e humanização as pessoas portadoras desta doença.

Também estamos buscando um grupo de risco médio, onde através de este projeto será de melhor adaptação a este grupo de pessoas.

Nosso objetivo é desenvolver ações que melhorem o cuidado prestado aos usuários portadores de Diabetes Mellitus da área de abrangência do Ambulatório PSF Independência, município Júlio de Castilhos/RS, e a diminuição da mortalidade e sequelas por esta doença.

Utilizaremos como métodos a avaliação de níveis de glicemia, onde estaremos realizando a cada mês os níveis glicêmicos de cada área adstrita, de acordo com o cronograma pré-estabelecido.

**Palavras-chave: diabetes, nutrição, Consulta Coletiva.**

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	4
2. Problema .....	4
3. Justificativa .....	4
4. Objetivos .....	4
4.1. Objetivo geral .....	7
4.2 Objetivos específicos .....	7
5. Revisão da Literatura .....	8
5.1. Diabetes Mellitus .....	8
5.2 Rastreamento da Diabetes Mellitus.....	8
6. Metodologia .....	10
7. Cronograma .....	13
8. Recursos necessários .....	14
9. Resultados esperados .....	15
10. Referências bibliográficas .....	16
Anexos .....	17

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, baseadas na declaração de Alma-Ata, podem ser resumidos em 4 atributos:

Acesso ou primeiro contato

Integralidade

Longitudinalidade

Coordenação do cuidado

Para colocar em prática estes princípios/diretrizes iniciamos uma nova reabilitação e planejamento com equipe. Estão sendo realizados seminários, oficinas e discussões de casos com a equipe de saúde com a finalidade de preparar os profissionais para utilização de metodologias e ferramentas para realização do trabalho.

A proposta é que conseguimos com estes quatro princípios estabelecer um foco na equipe, onde ela se concentre numa humanização, acesso, integralidade e responsabilização que consiste em uma relação personalizada entre o usuário e serviço de saúde que estabelece ao longo do tempo. A coordenação do cuidado a cada paciente é essencial, pois sem ela a longitudinalidade perderia muito seu potencial. Com isso, poderemos fazer um melhor controle de atendimento e aderência do usuário ao programa que queremos desenvolver ao longo prazo.

## 2. PROBLEMA:

Dificuldade de acompanhamento, busca ativa e acesso dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

## 3. JUSTIFICATIVA

O Ambulatório PSF Independência está localizado na cidade de Júlio de Castilhos, a mesma se encontra no bairro Independência. Possui uma excelente acessibilidade para quem procura seja criança, idoso em resumo para toda a população.

A unidade de saúde conta com uma ótima estrutura com sala de recepção, sala de espera com cadeiras, consultório médico, consultórios de odontologia, sala de enfermagem, sala de curativos, banheiros para a equipe e outro para os usuários, espaço para palestras das gestantes e cozinha.

A equipe de saúde é formada por 01 médico, 01 dentistas, 01 enfermeira e 02 técnicos em enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde. Todos os meses são realizados reuniões com toda a equipe para abordar assuntos que visem melhorar a qualidade do trabalho. A equipe realiza muitas atividades de estímulos, visitas domiciliares e até mesmo propagandas na rádio local. Com relação à adesão da população, estes se apresentam de forma regular nas atividades realizadas.

Em relação à população da nossa área adstrita, temos um total de 3.500 usuários, onde temos 120 pacientes cadastrados.

A equipe desenvolve ações que procuram levar os usuários ao ambulatório, como, por exemplo, a realização de palestras e a visitação a domicílio, além de intervenções em grupos de riscos como em reuniões de diabéticos. Procura atuar não só na doença, mas, na saúde, no processo de promoção de saúde e prevenção da doença.

Também o processo de intervenção este existe dificuldades, entre elas estão a de encontrar os usuários em suas residências e no que diz respeito as ações de referência e contra- referência, conseguir encontrar os grupos de risco, pois muitos usuários só procuram a ambulatório quando estão muito degradado na sua enfermidade e não estendem o processo de intervenção em saúde em outros centros especializados.

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis constituem sério problema de saúde pública, se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais (2014-2015 Diretrizes SBD).

O Diabetes Mellitus (DM) acometem todos os públicos e por ser, às vezes, uma doença que quando se percebe já se estabeleceu um quadro clínico intenso é interessante que todos os profissionais da saúde estejam envolvidos no processo de intervir nessa patologia (2014-2015 Diretrizes SBD).

Prevenir complicações em longo prazo e uma vida mais saudável para a população foi a principal causa da escolha do foco pela equipe de trabalho do PSF Independência, onde nunca foi organizado de uma forma a podermos ter os pacientes diabéticos bem orientados e bem controlados.

A escolha dessa intervenção foi realizada por meio de reunião com toda a equipe da unidade de saúde Independência, considerando, por exemplo, a comparação do que é preconizado com a nossa cobertura, o número de pessoas que procuram o ambulatório visando informações sobre a prevenção dessa doença e de como se tratar a mesma, a fim de evitar posteriores complicações como o pé diabético.

Sendo assim é necessário ir a campo e atuar diretamente com esse público, procurando levar informações a respeito da importância de se procurar atenção médica para prevenção e/ou tratamento dessa doença.

Visando melhorar o trabalho feito pela equipe em conjunto, mediante a pesquisa ativa dos usuários com diabetes na área de abrangência, pois muitos fazem tratamentos em outros lugares, com extensão as visitas comunitárias. Geralmente o número de visitas aumenta quando surgem propagandas que intensifiquem a necessidade de se frequentar as unidades de saúde.

Essa intervenção será realizada com apoio de toda a equipe de saúde do PSF Independência, Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal, buscando melhorar a qualidade do atendimento da população do bairro da Independência.

Foco da intervenção tem o objetivo de desenvolver ações de saúde para atuar na prevenção e controle do DM, a realização dos exames preconizados, detecção precoce de sinais e sintomas da doença, como também de suas complicações e evitando assim a alta medicação.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Desenvolver ações que melhorem o cuidado prestado aos usuários portadores de Diabetes Mellitus da área de abrangência do Ambulatório PSF Independência, município Júlio de Castilhos/RS.

### **4.2 Objetivos Específicos**

Mapear diabéticos

Melhorar o registro das informações

Adesão ao programa

Promover a saúde e nutrição aos pacientes diabéticos

Melhorar a qualidade da atenção dos diabéticos.

Orientação sobre o pé diabético

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada pela hiperglicemia crônica, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente sua ação metabólica (BRASIL,2006).

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético (MOLITCH et al., 2003).

No entanto, o DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade) (BRASIL, 2013).

Com o envelhecimento da população o Ministério da Saúde estima que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sejam portadores de DM. Em Porto Alegre a prevalência estimada está em torno de 9% (BRASIL 2013).

### 5.2 Rastreamento Diabetes Mellitus

A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. O público-alvo para o rastreamento do DM preconizado pela Associação Americana de Diabetes, está apresentada abaixo (BRASIL, 2013):

#### **Critérios para o rastreamento do Diabetes Mellitus em adultos assintomáticos**

Excesso de peso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>) e um dos seguintes fatores de risco:

- 1- História de pai ou mãe com diabetes;
- 2- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- 3- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- 4- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- 5- Exame prévio de Hba1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;

- 6- Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
- 7- Síndrome de ovários policísticos;
- 8- História de doença cardiovascular;
- 9- Inatividade física; OU Idade  $\geq$  45 anos; ou Risco cardiovascular moderado

## 6. METODOLOGIA

### 1 - Apresentação do projeto a equipe ESF Independência onde foi colocado, e cadastro dos pacientes pela ficha B/dia de Diabetes e

A equipe que no começo do projeto teremos que buscar os diabéticos da nossa área o controle de cada paciente.

Trata-se de um projeto de intervenção para melhoria da atenção aos diabéticos da área de abrangência do ESF Independência do município Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul.

Participarão da intervenção todos os usuários diabéticos diagnosticados na área do ambulatório ESF independência.

Adotaremos como protocolo para realizar a intervenção o Caderno de atenção básica número 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013). Para alcançar os objetivos propostos, foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas.

Alguns dos Instrumentos que utilizaremos para a coleta de dados, monitoramento e avaliação foram elaborados pelo SIAB, denominados "Planilha para coleta de dados Diabetes Mellitus ficha B.

Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina da unidade de saúde, como os prontuários eletrônicos.

Todos os dados serão analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva. (BRASIL, 2013).

Promover informações sobre a dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal e pé diabético.

Realizar exame clínico apropriado, para afastar outros riscos.

Manter a todos dos diabéticos a realização de exames complementares em um dia marcado na ESF independência.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Realizar busca ativa dos faltosos para as consultas, conforme a periodicidade de cada caso.

Através das fichas iremos organizar junto com os agentes de saúde, aqueles pacientes que não estão vindo as consulta e controlando bem sua DM, assim através das fichas B-dia-EAB , poderemos estar mas atentos se estão bem controlado e sendo acompanhado pela unidade.

## **2- Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas de Vigilância.**

Dando prioridade de consulta medica por cada área, começando na area1 ate área 5, e após o termino da 5 área voltaremos novamente no agendamento da 1 a 5 e busca ativados novos casos.

Onde uma consulta com o clinico e outra consulta com odontologia e com a nutricionista.

Após a consulta cada paciente será acompanhado pelas agentes de saúde e orientando a equipe da ESF independência se estão dentro dos resultados esperados pela equipe, busca ativa dos pacientes.

Visitas domiciliares serão organizadas de acordo com a gravidade do paciente e aqueles que não podem locomover ate a unidade, onde será discutido a cada reunião da equipe.

## **3- Capacitações da equipe para a orientação aos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade**

Iremos capacitar a equipe através de palestras, e orientação sobre o bom preenchimento das fichas e ainda importância do bom controle de cada paciente.

## **4 - Programar as consultas e visitas domiciliares**

Cada área será designada um mês onde será calculado o numero de pacientes de acordo com a gravidade das doenças, buscando como prioridades os pacientes que

não estão bem controladas a enfermidade ao paciente, mas estável ou aquele que a enfermidade esta bem controlada.

Após ultima área agenda, iremos retornar na primeira área para novamente o agendar aos pacientes para um bom controle medico odontologia e nutricional, avaliando assim como foi seu rendimento desde ultima consulta.

No agendamento familiar priorizar pacientes diabéticos maiores potenciais de eventos adversos, ou que não pode locomover ate a unidade.

## **5 - Definir as responsabilidades de cada profissional de saúde durante a intervenção.**

Também cada profissional de saúde nos ajudara no bom controle do paciente.

A enfermagem fazendo a triagem e avaliação inicial e continuo da glicemia, e agendamento de cada paciente, na lista e orientando a equipe dos agentes de saúde sobre os faltantes, e ajuda nas visitas domiciliar

Os agentes de saúde sempre com a busca ativa dos faltantes, sendo nossos olhos na comunidade se o paciente esta conforme o planejamento proposta por cada um.

Medico através das consulta avaliação do paciente e visitas domiciliar.

Odontologia com consultas e avaliação na sua área, e visitas domiciliar.

Nutricionista avaliação na dieta de cada paciente.

## **6- Avaliações dos níveis de glicemia**

Avaliação será feita na unidade de saúde, principalmente aqueles pacientes insulina dependente que estão descontroladas, mesmo que eles tem como ver sua glicemia em casa, pelos menos uma vez na semana unidade de saúde para que o paciente se senti valorizado e humanizado como pessoa pela equipe de saúde.

## 7. CRONOGRAMA

Procedimento	Mar	Ab	Mai	Jun	Jul	Ag
<b>Cadastro dos pacientes pela ficha B/dia de Diabetes</b>	X					
<b>Apresentação do projeto a equipe ESF Independência.</b>	X					
<b>Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas de Vigilância.</b>		X				
<b>Capacitação da equipe para a orientação aos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade</b>	X					
<b>Programar as consultas e visitas domiciliares</b>		X				
<b>Definir as responsabilidades de cada profissional de saúde durante a intervenção.</b>		X				
<b>Avaliação dos níveis de glicemia</b>		x	x	x	x	x
<b>AREA 1</b>			x			
<b>AREA 2</b>				x		
<b>AREA 3</b>				x		
<b>AREA 4</b>			x			
<b>AREA 5</b>				x		
<b>Avaliação pela equipe</b>						

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS:**

- Sala para realização de grupos;
- Balança;
- Esfignomanômetro digital;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissional Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, dentista, agentes comunitárias;
- Listas com pacientes estratificados pela lista B-Dia;
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade eletrônicos.

## 9. RESULTADOS ESPERADOS

Com os pacientes diabéticos da área de abrangência do PSF Independência:

Preenchimento das fichas de cadastro.

Manter ficha de acompanhamento atualizada.

Realizar busca ativa dos faltosos para as consultas, conforme a periodicidade de cada caso.

Promover informações sobre a dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal e pé diabético.

Realizar exame clínico apropriado, para afastar outros riscos.

Manter a todos dos diabéticos a realização de exames complementares em um dia marcado na ESF independência.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS E TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2, C:\bvs\editaveis\pdf\consensoSBD.doc.

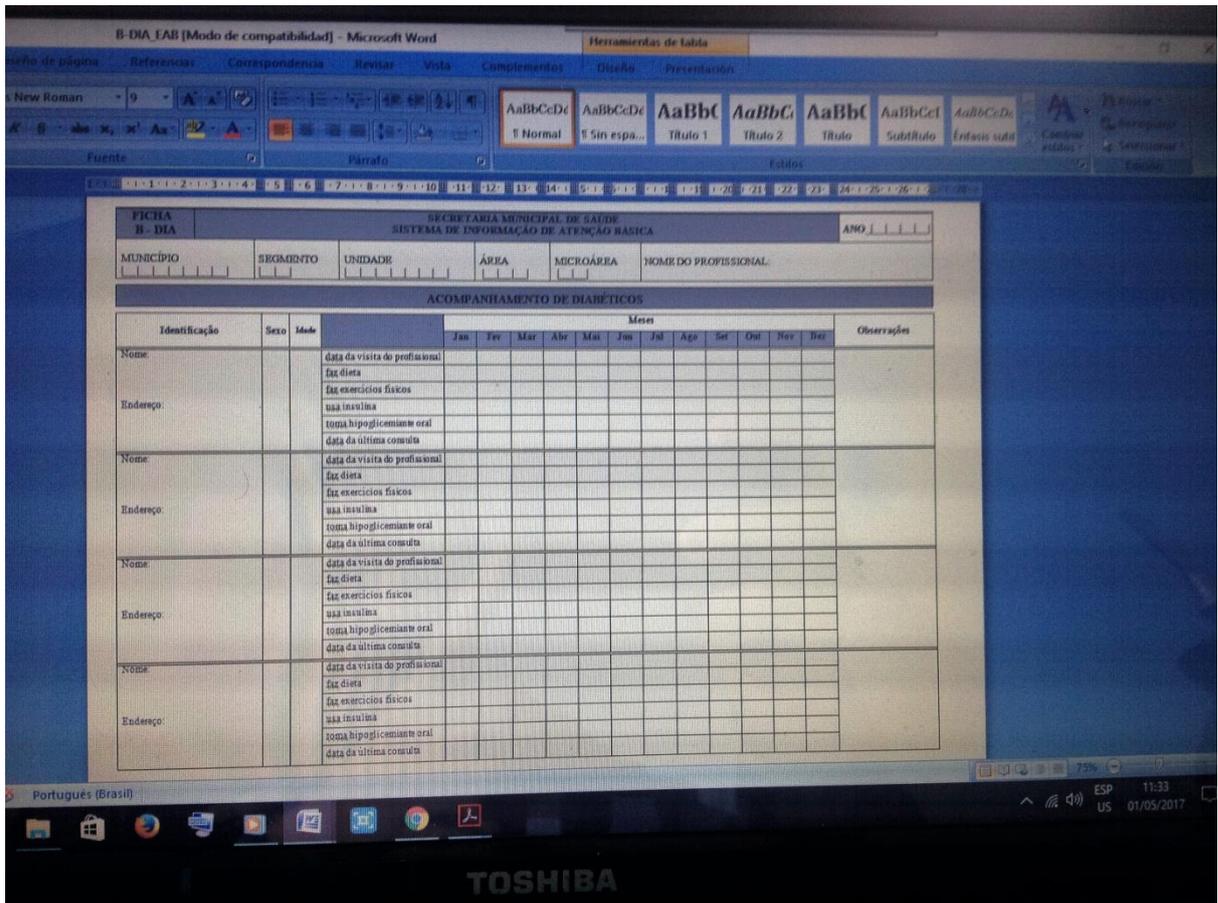
BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Política Nacional de Atenção Básica Série E. Legislação em Saúde, Brasília – DF 2012, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica

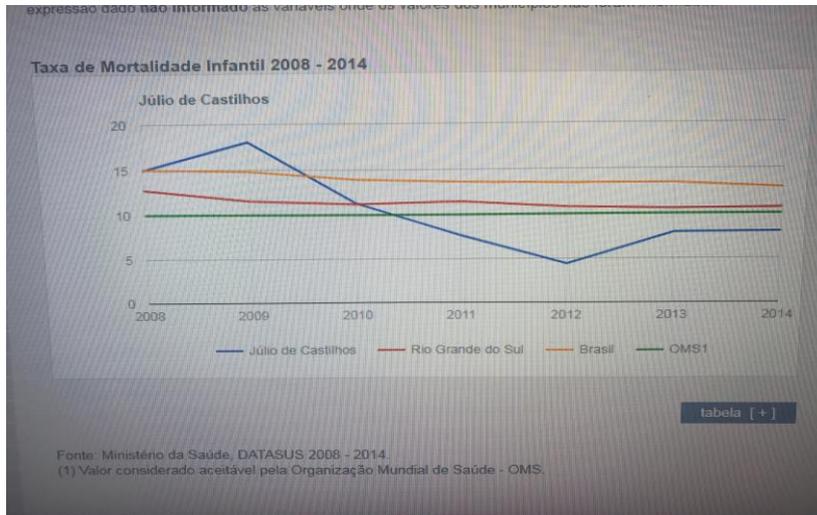
ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

## ANEXOS

<b>Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos</b>
<b>Excesso de peso (IMC &gt;25 kg/m<sup>2</sup>) e um dos seguintes fatores de risco:</b>
1- História de pai ou mãe com diabetes;
2- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
3- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
4- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
5- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
6- Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i> ;
7- Síndrome de ovários policísticos;
8- História de doença cardiovascular;
9- Inatividade física; OU Idade ≥ 45 anos;OU Risco cardiovascular moderado (Ver <i>Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica</i> ). (BRASIL, 2013).



## 8- ANEXO II

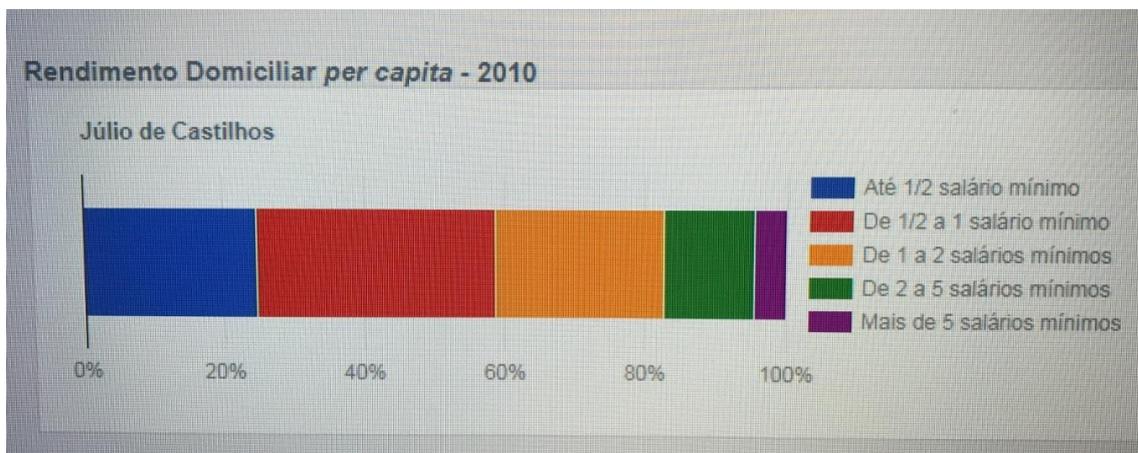


Pirâmide Etária						
Idade	Júlio de Castilhos		Rio Grande do Sul		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	697	638	327.601	316.361	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	727	676	368.967	354.792	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	904	828	438.629	423.154	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	844	821	442.405	433.332	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	788	791	437.737	433.169	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	698	738	445.502	448.497	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	652	654	398.879	409.412	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	627	580	366.041	379.078	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	592	701	369.087	391.278	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	681	728	372.803	399.833	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	612	612	332.590	360.676	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	562	607	277.346	307.163	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	420	506	217.076	247.908	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	322	333	155.838	187.741	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	220	278	112.895	149.150	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	146	220	73.926	113.162	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	91	135	42.599	76.474	668.589	998.311
85 a 89 anos	27	69	17.730	38.252	310.739	508.702
90 a 94 anos	14	25	5.887	14.732	114.961	211.589
95 a 99 anos	1	12	1.271	3.917	31.528	66.804
Mais de 100 anos	1	1	248	791	7.245	16.987

Fonte: <http://cod.ibge.gov.br/7J2>

População estimada 2016 <sup>(1)</sup>	20.032
<b>População 2010</b>	19.579
<b>Área da unidade territorial 2016 (km²)</b>	1.930,389
<b>Densidade demográfica 2010 (hab/km²)</b>	10,15
<b>Código do Município</b>	4311205
<b>Gentílico</b>	castilhense
<b>Prefeito 2017</b>	<b>Joao Vester</b>

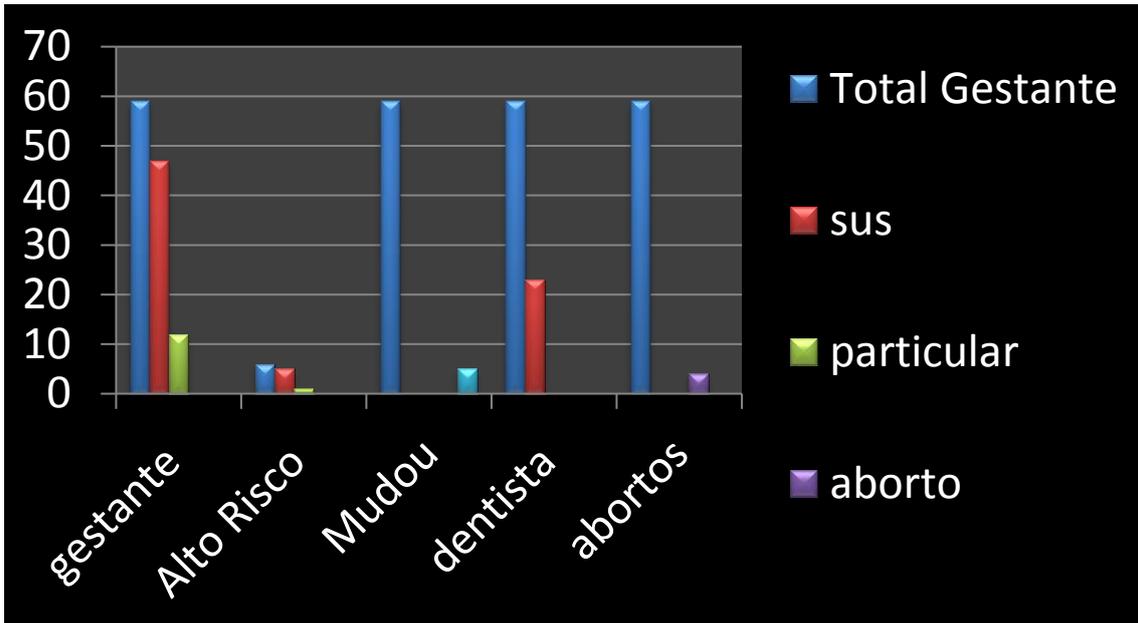
Fonte: <http://cod.ibge.gov.br/7J2>



Fonte: <tp://cod.ibge.gov.br/7J2>



Fonte: <tp://cod.ibge.gov.br/7J2>



Fonte: ESF Independência Júlio de Castilhos.

