



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

Dr: EDUARDO VÁZQUEZ ROQUE

Promoção à saúde: alimentação saudável para prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2.

IRANDUBA-AM

2018



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

Dr: EDUARDO VÁZQUEZ ROQUE

Promoção à saúde: alimentação saudável para prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2.

Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em atenção básica em saúde da família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Orientador: Prof. Diego Azevedo Conte de Melo

IRANDUBA-AM

2018

SUMARIO

1. Introdução _____	04
2. Estudo de Caso Clínico _____	06
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção -----	11
4. Visita Domiciliar / Atividade no domicílio _____	14
5. Reflexão Conclusiva _____	18
6. Referências _____	20
7. Anexo 1 Projeto de Intervenção _____	22

1-. INTRODUÇÃO

Meu nome é, Eduardo Vázquez Roque, sou médico, cubano, fiz medicina no instituto superior das ciências medicas da Habana, faculdade Calixto Garcia foi graduado no ano 1996 e fiz especialização em medicina geral integral no ano 2000. Eu tenho 48 anos de idade e 21 anos de médico.

No mês de julho de 2016 aderi no programa mais médicos para o Brasil, e atuo na cidade Iranduba do estado Amazonas. um município metropolitano, o mais pequeno do estado Amazonas com só 209 quilômetros quadrados e uma população estimada de 52,300 habitantes (IBGE 2010). o município tem 21 Equipes de Saúde de Família que Funcionam em 12 Unidades Básicas de saúde.

Foi lotado na Unidade Básica Da Saúde (UBS) Arthur Freire Da Cunha, onde laboram dois Equipes De Saúde (ESF), minha equipe é Cidade Nova que tem, uma enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 5 agentes comunitárias e um total de 1976 pacientes.

Na área de abrangência de minha unidade básica tem dois escolas públicas uma creche, 6 igrejas (católicas e evangélicas), e muitos comércios grandes e pequenos.

O nível socioeconômico da população de minha área é muito variado tem famílias de alto médio e baixo nível, mais o predominante é médio e baixo nível. As doenças mais comuns são Hipertensão Arterial Sistêmicas, Diabetes Mellitus, parasitoses intestinais, e infecções respiratórias também temos um alto número de adolescentes grávidas. Como fator de risco predominantes tem: Obesidade, dislipidemias, alcoolismo.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre promoção de saúde com o título: Promoção à saúde: alimentação saudável para prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2.

O propósito desta intervenção é tentar melhorar a qualidade de vida dos pacientes, fazer com que eles participem das mudanças no seu estilo de vida e tenham conhecimentos sobre nutrição saudável.

As ações de saúde que precisamos para realizar esta tarefa entre todos os integrantes de nossa equipe de saúde não necessitam de gastos excessivos, só da força de vontade para entregar aos nossos habitantes as ferramentas necessárias para evitar o diabetes e suas complicações

ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBS ARTHUR FREIRE DA CUNHA; ESF CIDADE NOVA.

ANAMNESE

Identificação

Nome: ECDON

Idade: 41

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino Médio completo

Religião: Evangelico

Estado civil: Casado

Profissão: Motorista

Naturalidade: Manaus-AM

Residência Atual: Iranduba

A paciente E.C.DON, 41 anos, vem à consulta médica no dia 06/02/2017 com os dados da triagem: □ PA: 130/80 mmHg □ Peso: 99.100 k g. Vem pois se queixa que ele se fatiga muito facil aos medianos e grandes esforços.fala que sua esposa se queixa de nao consegue dormir direito por causa de sua barulho pois ele ronca demais em ocações tem tonturas e dor de cabeça.tambem ultimamente esta urinando com muita frequencia.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascido de parto normal é o primeiro filho de 03 filhos;

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, Parotidites, Dengue);

Antecedente Cirúrgico: apendicectomia aos 14 anos de vida;

Nega alergias, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e comorbidades;

Medicamentos em uso: Nenhum.

Antecedentes Familiares

Pai Vivo: com HAS;

Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo 2;

2do irmão: com HAS;

3ra Irmã: Sem Doenças.

Ao exame físico apresenta: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 70 bpm; FR: 20 irpm); IMC: 36.5 (Obeso); Circunferência abdominal: 102cm.

Solicito exames laboratoriais de: hemograma completo, colesterol, triglicerídeos, glicose, creatinina, EAS, electrocardiograma. Brindo orientações sobre fazer uma dieta saudavel (baixa em Sal, comer verduras, legumes, frutas) fazer exercicios fisicos(caminhadas).

Retorna a consulta dia 05/03/2017 com os resultados de exames realizados (16/02/2017):

EAS com glicosúria (+++), Hb 15,3 g/l, glicose 198 mg/dl, colesterol 301mg/dl, triglicerídeos 263 mg/dl. electrocardiograma normal,

Com istos resultados de exames e com a clínica típica apresentada mais os antecedentes familiares e obesidade do paciente, suspeito de Diabetes Mellitus tipo 2

Então Segundo o preconizado nos Cadernos de atenção básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) o diagnóstico de Diabetes é feito através de duas glicemias de jejum de no mínimo 8 horas em dias diferentes com valores maiores ou iguais a 126 mg/dl. Seguindo este diagrama de diagnóstico solicito outra glicemia de jejum, oriento sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue. Encaminho a paciente à nutricionista que atende na UBS duas vezes por semana para receber orientações quanto à dieta e sobrepeso. Prescrevo simvastatina 20 mg um comprimido ao dia por dois meses, segundo as cifras elevadas de colesterol e triglicérides. e agendo retorno.

O paciente retorna no dia 10/04/2017 com os dados da triagem: PA: 140/90 mmHg, Peso: 100,500kg Traz consigo a glicemia de jejum (22/03/2017) de 216 mg/dl. Com os dois resultados de glicemia em jejum elevados segundo os Cadernos de atenção básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) podemos fazer a confirmação do diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Conforme preconizado pelo CAB (2013) realizo o exame dos pés, cavidade oral e a encaminho ao oftalmologista para fundoscopia, pois não temos oftalmoscópio disponível na UBS. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso. Instituo o tratamento não farmacológico isolado para o paciente com controle glicêmico capilar (hemoglicotesteHGT) na UBS uma vez por semana.

Segundo a SBD (2015-2016) os agentes antidiabéticos devem ser indicados quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico do DM.

Quando a glicemia de jejum for superior a 200mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a Metformina associada a outro agente hipoglicemiante. A indicação do segundo agente dependerá do predomínio de resistência à insulina ou de deficiência de insulina/falência da célula beta. Prescrevo Metformina 500 mg um comprimido ao dia após café da manhã. Achei que poderia ser muito bom para este paciente que tem obesidade associada.

No dia 21/04/2017 a paciente vai à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno.

A paciente retorna no dia 03/05/2017 com os dados da triagem: PA: 130/80mmHg, Peso: 100,00kg, Altura: 1.73m, glicose (HGT) 165 mg/dl.sem queixa. Aumento a dose para 850 mg/dia, por não apresentar efeitos adversos. Solicito exames complementares para avaliação: glicemia de jejum (GJ) e hemoglobina glicada (HbA1C), colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG), creatinina sérica, exame de urina (EAS). Agendo o retorno para quinze dias para trazer os exames solicitados e o HGT semanal.

Os dados da triagem (dia 23/05/2017): PA: 130/80 mmHg; Peso: 99.200 kg;

Traz consigo os resultados dos exames solicitados: GJ: 151mg/dl; CT: 182mg/dl; EAS: glicosúria (++); TG: 130mg/dl; CG: 150 mg/dl (10/05/2017) e 147 mg/dl (17/05/2017). mantenho o tratamento com simvastatina 20 mg mais um mes.

No dia 26/05/2015 retorna à nutricionista e relata que não tem dificuldade em seguir as orientações, com perda de peso de 1 kg em relação à última consulta. Relata que mantém atividade física três vezes por semana em uma academia e também faz caminhadas 5 dias.

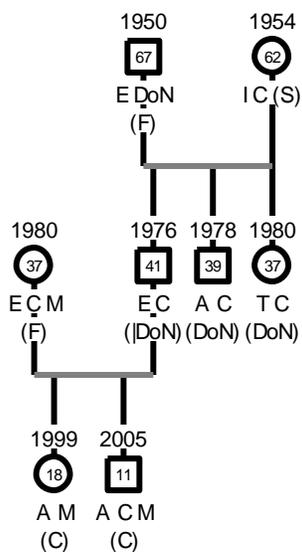
No dia 06/06/2017 retorna à consulta com os seguintes dados da triagem: PA 130/80 mmHg; Peso 98,300 kg. traz hemoglobina glicada:9,65%, creatinina 0,7 mg/dl.sem queixa.

No dia 13/07/2017 retorna a consulta con os siguientes dados do triagem:PA 120/80 mmHg; Peso 98, 00Kg.Sem queixa solicito exames para avaliação trimestral:glicemia em jejum,hemoglobina glicada, colesterol triglicerídeos,EAS.

Como eu vou a sair de ferias agendo retorno para o proximo mes de setembro quinta dia 14.

No dia 08/09/2017 realizo visita domiciliar para montage do genograma familiar e lembro da consulta proximo dia 14/09/2017 na UBS.

GENOGRAMA



ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO

PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

Eu comecei a trabalhar na Equipe de Saúde da Família de Cidade Nova no município de Iranduba em setembro de 2016 no programa mais médicos. Brindo atendimento na UBS Artur Freire Da Cunha pois nossa área de abrangência não tem UBS. Em nossa comunidade temos famílias com difíceis condições econômicas e o baixo nível cultural, onde existe uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e fatores de riscos como obesidade, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo e maus hábitos dietético. Ademais, existe um alto índice de gravidez na adolescência.

A equipe realiza tarefas importantes de promoção e prevenção de saúde, para modificar os fatores de riscos que afetam a população. O atendimento da população faz-se de acordo ao protocolo de atenção mediante a programação de consultas e visitas domiciliar.

A atenção à mulher é um tema de muita sensibilidade principalmente atenção pré-natal e discutem-se temas relacionados todas as semanas em nosso posto médico.

As mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações durante a assistência pré-natal, e ao mesmo tempo acabam sendo multiplicadoras do conhecimento, pois ao trocarem vivências e informações geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades, adquirindo domínio sobre seu corpo e poder de decisão sobre sua gravidez. (CUNHA 2004). A comunicação e informação em saúde de nossa equipe às gestantes são priorizadas no transcurso da assistência pré-natal em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional.

Os profissionais devemos ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. É um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante. (RIOS, 2007)

A Consulta de Enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos em consultas no pré-natal, na unidade básica de saúde. É pertinente lembrar que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem - estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas (MOURA, 2005). Levando-se em conta que o objetivo principal da unidade de saúde da família é não só o de realizar o atendimento pré-natal, mas também o de promover saúde preventiva através da orientação da população residente na área.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver a gestação de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde (Vieira, 2007),

O modelo de assistência referenciado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimentos (PHPN), inclui o atendimento individual durante as consultas e ações de educação em saúde, praticando o acolhimento, criamos vínculos com elas e oferecemos acesso às informações necessárias.

Durante o atendimento às gestantes nas consultas e nas visitas domiciliares, realizamos orientação mediante conversas e palestras educativas,

- Sobre os fatores de riscos que podem afetar tanto a saúde da mãe quanto de seu futuro filho, enfatizando os riscos com a hipertensão arterial, a diabetes gestacional, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo entre outras.
- Sobre alimentação saudável. Fundamental para manter a saúde e diminuir fatores de riscos.
- Sobre as vantagens da amamentação que tem o leite materno para a saúde tanto da mãe quanto e de seu filho, além da forma correta de amamentar.
- Sobre os métodos anticoncepcionais que elas podem utilizar depois do parto e durante o período de amamentação.
- Também orientamos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Em relação as puericulturas também fazemos ações de prevenção e promoção de saúde

- Promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.
- alimentação complementar saudável para ajudar a melhorar estilos de vida.
- Prevenção de acidentes domésticos. Pois os acidentes são umas das principais causas de morte nas crianças
- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.
- Busca ativa de recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade.
- Garantia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica.
- Sobre às vantagens das vacinas disponíveis no SUS e garantia de acesso as mesmas.
- Fortalecimento do vínculo familiar com a UBS.

ATIVIDADE 4 - Visita domiciliar / Atividade no domicílio

A visita domiciliar pode ser definido como uma fração dos serviços prestados dentro da unidade de saúde, desde auxílio os pacientes impossibilitados de frequentar a unidade de saúde, até os serviços prestados no domicílio como cadastramento, busca ativa, educação em saúde e vigilância sanitária (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar envolve ações de prevenção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. Envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; assim abrange desde a promoção até a recuperação daqueles pacientes acometidos por um agravo que está sediado em seus lares (LACERDA , 2006).

A atenção básica domiciliar deve ser orientada através dos fundamentos que foram propostos como princípios norteadores para essa modalidade de atendimento, que tem como objetivo o resgate dos princípios doutrinários do SUS.

São eles (BRASIL, 2013):

- Abordagem integral à família:

Abordar ao paciente integralmente, considerando sempre seu contexto socioeconômico e cultural e respeitando sua individualidade. O profissional de saúde que se insere nesse contexto familiar deve fazê-lo com uma postura de respeito e valorização das características peculiares daquela família.

- Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador:

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, pois isso comprometeria a eficácia terapêutica proposta.

- Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar.
- Estímulo a redes de solidariedade:

O crescente aumento de pessoas que precisam de cuidados contínuos e intensificados, está diretamente relacionado a uma maior ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, em geral, em função do envelhecimento populacional.

O acompanhamento a domicílio é fundamental, lembrando, que o profissional de saúde desloca-se até a casa do indivíduo, que por alguma dificuldade não pôde comparecer à unidade de saúde. Analiso o acompanhamento à domicílio como um mecanismo de grande importância, que beneficia diretamente o usuário, pois trata-se uma atividade pró-positiva e ponderada, e que leva a contemplação de diversos aspectos q variam desde a situação biopsicossocial, econômica e trabalhista, que por sua vez facilita o exercício do cuidado continuado e nos aproxima ainda mais do agravos atuais.

O principal personagem desse contexto, que não poderia deixar de ser citado, desempenhando uma importante função em todo esse processo, é o agente Comunitário de Saúde (ACS). Pois é ele que informa a todo o pessoal da equipe, todas as adversidades por ele observadas em cada seio familiar, e sobre o desenvolvimento das ações que variam desde arranjo de reuniões; disseminação de campanhas vacinais; ensinar sobre higiene e hábitos saudáveis; observar o uso de medicações e orientar caso esteja sendo feito de maneira incorreta; promover a importância do aleitamento materno; instigar a visita às unidades básicas de saúde para cuidados que visam a prevenção como também a observação do estado de saúde atual nos indivíduos que estão acamados.

De acordo com o protocolo da atenção básica oferecido pelo Ministério de Saúde, a visita domiciliar pode romper a visão centrada na doença e enxergar o paciente “como um todo”, pois quando é adotada pela equipe, esta é apresentada para as características ambientais/ culturais/ socioeconômicos deste indivíduo, além de seus fatores de riscos, vícios e estrutura familiar. (Brasília, 2006).

Também é possível orientar a família e esclarecer dúvidas para estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de seus cuidadores, incentivando práticas para o autocuidado, intervir precocemente na evolução de alguma complicação, solicitar internação hospitalar quando necessário e promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida. As visitas devem ser planejadas, onde todos os materiais necessários serão preparados para cada paciente e suas necessidades. Os prontuários precisam ser analisados para rever os aspectos e dificuldades observados em registros anteriores e acompanhar a evolução dos casos.

No posto médico Cidade Nova, localizada no município Iranduba, a visita domiciliar é realizada semanalmente, cada semana sendo destinada a uma equipe de saúde da família. A unidade possui quatro equipes de saúde da família, e a visita é organizada conforme a necessidade dos usuários, referida pelos familiares ou pelos agentes de saúde. A maior parte dos nossos pacientes atendidos no domicílio são idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Realizamos o manejo clínico das doenças, orientações em relação ao cuidado e prevenção de escaras, orientação nutricional e atenção ao cuidador. Durante o acompanhamento em domicílio, a equipe observa e define se há necessidade do acompanhamento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência, não devendo perder o acompanhamento desse indivíduo e de sua família pela atenção primária.

Para que a visita a visita domiciliar cumpra seu objetivo, é importante conhecer a estrutura familiar, assim como o domicílio e as condições socioeconômicas. Devem-se observar fatores de risco para os pacientes e familiares e a partir deles procurar formas de alterá-los, procurar sempre orientar a família em relação a medidas de promoção de saúde, com incentivos para mudanças no estilo de vida, e realizar um trabalho multidisciplinar com os profissionais da unidade de saúde.

ATIVIDADE 5 DO PORTFOLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização em saúde da família foi essencial para aumentar as bases científicas e permitir compreender melhor o processo de funcionamento das redes de atenção. Os fóruns foram espaços importantes para trocas de experiências, possibilitando a visão de outras realidades. Através dos casos foi possível nos deparar com situações muito semelhantes às que encontramos no nosso dia a dia, e assim refletir sobre a postura e condutas adotadas. Esses conhecimentos contribuem para o crescimento pessoal, profissional e para melhorias dos serviços em que estamos inseridos, onde abordamos temas de muita importância como puericultura e pré-natal, doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, entre outras. Também através da especialização foi possível compreender melhor os processos da rede de atenção, contribuindo para melhorias no serviço de saúde em que estou alocado.

A cada atividade realizada no portfólio me deparava com uma situação real de trabalho, com histórias semelhantes às que encontrava nas atividades de longa distância. As dificuldades, as decisões e também as soluções e atuando em uma nova realidade e com novos anseios pretendo implantar mais projetos de intervenção com o intuito de melhorar a saúde da comunidade.

Colocando a família como atora principal e admitindo que a saúde vá além do bem-estar físico, busca-se com essa nova estratégia a aproximação do serviço com a comunidade. Notamos que o acesso da população ao serviço foi facilitado. O atendimento que antes possuía caráter curativo, passou a ser melhor aplicado quando começamos a conhecer as situações de vida do paciente, suas dificuldades e conseguimos levantar essas questões e podemos avaliar a “doença” exposta pelo paciente melhor, vimos que muitas vezes a cura não está em fazer uso de medicação, que muitas vezes as medicações não podem ser adquiridas, e as orientações não podem ser seguidas.

Concluindo minha reflexão, tenho certeza que cresci como profissional e como pessoa ao final dessa pós-graduação, pois alguns assuntos vistos não haviam sido abordados e nem sequer vivenciados por mim na graduação, de forma que vieram a somar conhecimento e experiências desde os assuntos iniciais explicando o funcionamento do SUS e da Estratégia de Saúde da Família até o exercício clínico da medicina através dos casos complexos.

REFERÊNCIAS

- 1-.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- 2-.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- 3-.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).
- 4-.Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- 5-. CUNHA, M.V; AMARAL, M. J. Diabetes e hipertensão na gravidez: manual de Manual Puerpério 19/09/06: Ind. 158 11/1/06 7:04:07 PM 159 orientação/ FEBRASCO. São Paulo: Ponto, 2004
- 6-.HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema. In: Rios Vieira, E. M. et al. (Org.). Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 2007,23-32 p
- 7-.LIMA, Y.M.S.; MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. Rev. de Pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 1./2. sem. 2005.
- 8-.BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. 2012
- 9-.LACERDA M.R et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. v.15, n.2, p 88-95, 2006.

- 10-.BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabete Mellitus*. Caderno de Atenção Básica nº36. 2013.
- 11-.MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF). 2006.
- 12-.BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 13-.NOGUEIRA MJC, FONSECA RMGS. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. Rev.Esc.Enf.USP, São Paulo, v.11, n.1, pp. 28-50, 1977.

ANEXOS

1-. PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Projeto de Intervenção.

Autor: Dr. Eduardo Vázquez Roque

Tutor: Msc.Thiago Souza Moreira

Promoção à saúde: alimentação saudável para prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2.

IRANDUBA
ABRIL 2017

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Identificando e apresentando o Problema	3
1.2 Justificativa da intervenção.....	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Revisão de Bibliográficas	4
4. Metodologia	5
4.1 Cenário do estudo	5
4.2 Sujeitos da intervenção	5
4.3 Estratégias e ações	6
4.4 Avaliação e Monitoramento	7
5. Resultados esperados	7
6. Cronograma	8
7. Recursos necessários.....	9
8. Referências	10
9. Anexo 1.....	11

INTRODUÇÃO

A prevenção do diabetes mellitus é possível, por meio da manutenção de nutrição adequada e redução do sobrepeso.

Ao mesmo tempo em que, no Terceiro Mundo, a desnutrição energética proteica é responsável pela alta taxa de mortalidade no primeiro ano de vida e pelo comprometimento intelectual de crianças e adultos, nos grandes centros urbanos, em todo o mundo, crescem os índices de morbimortalidade por doenças ligadas à obesidade como o diabetes mellitus, causadas principalmente por uma nutrição excessiva ou incorreta.

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de outubro 2013, no mundo há mais de 347 milhões de pessoas com diabetes mellitus (DM).¹(Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ 2011). Em 2004 morreram 3,4 milhões de pessoas como consequência do excesso de açúcar no sangue. ²(global health risk 2009).

Oitenta por cento das mortes foram em países com rendas médias ou baixas.³(Mathers CD, Loncar D 2006)

Em 2030, segundo a OMS, o diabetes será a sétima causa de mortalidade.⁴(Global Status report 2010)

Dos adultos brasileiros moradores das capitais, 43% estão acima do peso, sendo que 11% deles têm obesidade. ⁵(World Health Organization 1999)

Chamou a atenção em minha prática clínica com a população usuária da unidade de atenção básica em que estou prestando serviço, o número elevado de atendimentos de pacientes com sobrepeso e o diabetes. A presença de nutrição excessiva principalmente à custa de carboidratos e açúcares pode explicar em parte esta situação.

Na cidade de Iranduba, temos 52,1 % de adultos acima de 18 anos com um índice de massa corporal > 25 kg/m², um 17,8 % destes com IMC > 30 kg/m², só um 35 % que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana, o 32 % costumam consumir carnes com excesso de gordura, o 31,1% toma refrigerante cinco ou mais dias por semana e com todos estes indicadores temos registrado só 9,3% de diabéticos em nosso Estado.11(Vigitel, Brasil 2012)

Pequenos passos levam a grandes recompensas, quando realizamos a prevenção de diabetes prevenimos as complicações e brindamos qualidade de vida, É o que pretendo atualmente em meu trabalho diário na Unidade de Básica de Saúde Cidade Nova de meu município Iranduba.

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Identificado o problema de saúde e a transcendência de suas complicações futuras para os moradores de minha área, acredito que será de muito proveito oferecer conhecimentos sobre nutrição como ferramenta para modificar seus hábitos alimentares e motivar a avaliação periódica do peso corporal.

O propósito desta intervenção é tentar melhorar a qualidade de vida dos pacientes, fazer com que eles participem das mudanças no seu estilo de vida e tenham conhecimentos sobre nutrição saudável.

As ações de saúde que precisamos para realizar esta tarefa entre todos os integrantes de nossa equipe de saúde não necessitam de gastos excessivos, só da força de vontade para entregar aos nossos habitantes as ferramentas necessárias para evitar o diabetes e suas complicações.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar ações integradas para melhorar a dieta em usuários com fatores de risco para diabetes tipo 2 da unidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe de saúde da unidade para orientação nutricional adequada.
- Identificar os usuários com fatores de risco de Diabetes Mellitus;
- Organizar atividades de orientação de dieta saudável para usuários com fatores de risco de Diabetes Mellitus
- Incentivar a importância de uma dieta saudável para os usuários com fatores de risco para diabetes tipo 2 .

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Diabetes é uma doença crônica que aparece quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não utiliza de forma efetiva a insulina que produz.

A insulina é um hormônio que regula o açúcar no sangue. O efeito do diabetes não controlado e a hiperglicemia (aumento do açúcar no sangue), que com o tempo lesa gravemente muitos órgãos e sistemas, especialmente os nervos e os vasos sanguíneos. O diabetes tipo 2 deve-se a uma utilização ineficiente de insulina, representando 90% dos casos mundiais e se deve em grande medida a um peso corporal excessivo e à falta de atividade física. Segundo estatísticas da OMS de outubro 2013, no mundo há mais de 347 milhões de pessoas com diabetes melitus¹.(Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ 2011).

Em 2004 morreram 3,4 milhões de pessoas como consequência do excesso de açúcar no sangue.² (global health risk 2009).

Oitenta por cento das mortes foram em países com rendas médias ou baixas.³ (Mathers CD, Loncar D 2006)

Em 2030, segundo a OMS, o diabetes será a sétima causa de mortalidade.⁴(Global Status report 2010)

O diabetes aumenta o risco de cardiopatia e acidente vascular cerebral (AVC), de forma que 50% dos pacientes diabéticos morrem de enfermidade cardiovascular (principalmente cardiopatia isquêmica e AVC).⁶ (Morris NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H.2001)

A neuropatia do pé junto com a redução do fluxo sanguíneo incrementam o risco de úlcera dos pés e em última instância, amputação. A retinopatia pode levar à cegueira em 10% dos diabéticos. O risco de morte é ao menos duas vezes maior que nas pessoas sem diabetes.⁸(Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomileht J, Nag S. 2000)

No estudo chamado Programa de Prevenção da Diabetes Mellitus, encontrou-se que as pessoas com sobrepeso que baixam entre cinco e sete por cento de seu peso total podiam reduzir o risco de desenvolver Diabetes em 58%, consumindo comidas saudáveis e fazendo exercícios físicos por meia hora, cinco vezes a semana.⁹(Clean HLS, FDNS-SP)

A prevalência do diabetes mellitus e da intolerância á glicose na população urbana brasileira é de 15,4%. Assim, estima-se a existência de oito milhões de brasileiros que necessitam de orientações específicas para o planejamento e mudanças de hábitos alimentares e no estilo de vida.¹⁰(Abordagem nutricional, Brasília 2000)

Tomando como referência Vigitel Brasil 2012 estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no distrito Federal em 2012, avaliamos que na cidade de Iranduba temos 52,1 % de adultos acima de 18 anos com um índice de massa corporal > 25 kg/m², 17,8 % destes com IMC > 30 kg/m², só 35 % que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana, 32 % costumam consumir carnes com excesso de gordura, 31,1% toma refrigerante cinco ou mais dias por semana e, apesar de todos estes indicadores temos registrado somente 9,3% de diabéticos em nosso Estado.¹¹(Vigitel, Brasil 2012)

4. METODOLOGIA

4.1. Cenário do estudo

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família Cidade Nova, município de Iranduba, estado de Amazonas, o número acentuado de atendimentos por o Diabetes Mellitus chamou a atenção.

Os pacientes apresentavam um índice de massa corporal elevado registrando sobre peso para muitos de eles.

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos de uma dieta excessiva em carboidratos, não compreendiam como estes poderiam afetar sua saúde.

4.2 Sujeitos da intervenção

A intervenção envolverá os pacientes cadastrados na unidade Estratégia de Saúde da Família Cidade Nova e a equipe 4 formada para a intervenção.

As ações dirigidas aos usuários com risco do diabetes mellitus tipo 2 se desenvolveram na própria unidade de saúde com os agentes comunitários e nos bairros em moram.

A população analisada constitui-se por 5591 pessoas, dispostas em 1600 famílias, a equipe envolvida será composta por médico, enfermeiro e agentes de saúde.

4.3 Estratégias e ações

As ações serão organizadas em quatro etapas:

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população de usuários que apresentam fatores de risco para desenvolver uma diabetes tipo 2 , entre os pacientes cadastrados na unidade, para assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será realizada através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde durante as consultas, em entrevista e nas visitas domiciliares que faz nossa equipe.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção: Alimentação saudável para evitar a Diabetes Mellitus e convite para comporem o grupo Tem Saúde, como serão chamados.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento do peso corporal , avaliação sobre o conhecimento dos alimentos que podem provocar sobrepeso e Diabetes Mellitus e da resposta terapêutica.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais, na Unidade de saúde e bairros da mesma, com o grupo Tem Saúde e os profissionais da saúde da equipe nas quais cada dia será discutido um tema relacionado a escolha de uma dieta saudável mostrando os grupos de alimentos e ferramentas para identificar a presença individual de fatores de risco da síndrome metabólica e sobre peso, efetuado por todos os membros da equipe. Os temas que serão abordados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Tema abordado no grupo Tem Saúde

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	Acolhimento e explanação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	Conhecimento sobre os grupos de alimentos e orientações médicas; Mostrar as tabelas com os grupos de alimentos.	Médico
3º dia	Promover caminhadas diárias de 20 minutos quatro vezes a semana; Atividade Física.	Agentes Comunitarios de Saúde.
4º dia	Registro individual das mensurações para logo avaliar os progressos. Mensurações semanais da circunferência abdominal e o índice de massa corporal	Enfermeira
5º dia	Planejar de conjunto a escolha e quantidade de alimentos nas refeições. Atividade em grupo	Médico.
6º dia	Importância e estímulo ao autocontrole para evitar recaídas; Atividade coletiva de relaxamento	Médico e Enfermeira.
7º dia	Discussão analítica e global do projeto; Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de Saúde

4.4 Avaliação e Monitoramento

Durante as reuniões semanais que serão realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do ponto de vista dos pacientes e os tópicos esperados e alcançados por eles com a intervenção.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação à importância de uma dieta saudável para evitar ou retardar a aparição do Diabetes mellitus tipo 2.

Por meio de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do “Grupo Tenho Vontade” alcançarão a percepção dos riscos que o consumo exagerado de doces e carboidratos provoca na saúde, conhecerão os diferentes grupos de alimentos, e saberão prepará-los. O principal resultado esperado é a redução do número de usuários diabéticos com obesidade.

CRONOGRAMA

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Elaboração do projeto	x								
Aprovação do projeto						x			
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x				
Discussão e análise dos Resultados						x			
Revisão final e digitação						x			
Entrega do trabalho final						x			
Socialização do trabalho									X

RECURSOS NECESARIOS

Sala para realização de grupos

Balança

Esfigmomanometro analogico

Fita metrica

Requisição para exames laboratoriais

Equipamento de multimedia

Caneta

Folhas A4

Profissionais

Médico

Enfermeiro

Téc/Aux. Enfermagem

ACS

Prontuários dos pacientes presentes na atividade

REFERÊNCIAS

1. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants Lancet, 2011,378(9785):31-40
2. Global health risk. Mortality and burden of disease attributable to selected major risk. Geneva, World Health Organization, 2009.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Med, 2006, 3(11):e442.
4. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva. World Health Organization, 2011.
5. Definition, diagnosis and classification. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, World Health Organization 1999. (Who/NCD/NCS/99.2)
6. Morris NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. Diabetologia 2001, 44. Suppl 2: S14.
7. Global data on visual impairments. 2010. Geneva. World Health Organization, 2012.
8. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomileht J, Nag S et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care, 2005, 28(9):2130-2135.
9. CleanHLS_preventingtype2diabetes. Como prevenir o Diabetes tipo 2? Connie Crawley, MS, RD, LD. Publicação no FDNS-E-11_7a-SP.
10. Abordagem_nutricional_Diabetes Mellitus. Brasília 2000. Ministério da saúde. Apresentação. Pagina 7. Site busms. saúde. gov.br.
11. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ANEXO 1

Questionário de avaliação do “Projeto Tem Saúde”

1- Você consome alimentos gordurosos e frituras 5 vezes ou mais á semana?

() sim () não

2- Você consome 5 rações de frutas e vegetais diariamente, 5 vezes á semana?

() sim () não

3- Você acompanha as refeições com refrigerante em veis de agua?

() sim () não

4-Depois de avaliado seu Índice de massa corporal você sente que este sobrepeso?

() sim () não

5- Você acredita que tem que fazer mudanças e pensar mais o que come?

() sim () não

6- As frutas, verduras e peixes considera são algunos dos alimentos que tem que aumentar em sua nutrição.

() sim () não

7- Fazer caminhadas 20 minutos 5 vezes á semana seria muito esforço para você?

() sim () não

8-Gostaria de avaliar seu peso corporal todos os meses?

() sim () não

9- O consumo frequente de alimentos com açúcar representam um risco de obesidade e diabetes mellitus.?

() sim

() não

10- Temos mais suade quando comemos mais?

() sim

() não