

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

Laura Francisca Benítez Rodríguez

**Orientações interdisciplinares para usuários diabéticos na USF Erico
Verissimo no município de Gravataí/RS**

**PORTO ALEGRE
2017**

Laura Francisca Benítez Rodríguez

**Orientações interdisciplinares para usuários diabéticos na USF Erico
Verissimo no município de Gravataí/RS**

Trabalho referente a conclusão do curso
de Especialização em Saúde da Família
apresentado para UNASUS /UFSCPA com
o objetivo parcial para finalização do curso.

Orientadora: Fabio Franchi Quagliato.

**PORTO ALEGRE
2017**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	13
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	17
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
6. REFERÊNCIAS	22
7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	23

1. Introdução:

1.1 Apresentação:

Eu sou a Dra. Laura Francisca Benítez Rodríguez, sou médica cubana e trabalho para o Programa Mais Médico para o Brasil. Minha formação acadêmica em Medicina foi na Universidade de Granma, em Cuba com conclusão no ano 2012. Eu trabalhe no município de Niquero por quatros anos onde fez a especialidade de Medicina de Estratégia da Família terminando-la no ano 2015. Tenho como experiência laboral meu trabalho como medico em meu pais Cuba por quatro anos e como médico internacionalista no país de Brasil desde o ano 2016. Desde o mês de setembro estou trabalhando no município de Gravataí do Estado Rio Grande do Sul, que pertence à mesorregião metropolitana de Porto Alegre é à microrregião de Porto Alegre, foi fundada o 08 Abril de 1763 para um total de 254 anos, onde se emancipo como município o 23 de outubro de 1980. Faz uma divisa com os municípios de Porto Alegre, Viamão, Alvorada e Cachoeirinha. Tem uma população de 255762 habitantes deles 134 881 são mulheres e 120 881 são homens, onde mais predomina a população jovens.

1.2 Contextualização da UBS:

Trabalho na unidade de Saúde Erico Veríssimo, que foi fundada mais ou menos há 11 anos, como uma estratégia do Município para melhorar as condições de vida e saúde das pessoas moram na comunidade próxima à UBS. A Unidade de Saúde fica na Rua Divinéia 13, cuja área de abrangência inclui um total de 6 bairros o Santa Cruz, Parque Conceição, Parque Dos Búzios, Salgado Filho, Castelo Branco e Vila Aliança. Tem cadastrados um total de 2300 famílias, para um total 13500 pacientes deles 7720 são mulheres e 5780 são homens. Esta integrada por três equipes de saúde (composta por três médicos, três enfermeiros, dois odontólogos, seis técnicos de enfermagem, doze agentes de saúde e comunidade e três auxiliares de saúde bucal. A população que atende o posto tem um nível de vida bastante adequado, tem famílias com um alto nível econômico, social, educacional e cultural, onde a maioria das casas tem boas condições estruturais e higiênico-sanitárias. Por isso temos poucos pacientes desempregados, o saneamento básico é adequado, e o nível de violência é bastante baixo. Na área para o apoio da

população contamos com as Igrejas católicas, evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), temos três escolas uma de ensino básico e duas de ensino médio, os estudos universitários são realizados na cidade de Porto Alegre e contamos com quatro creches que facilitam o trabalho das mães do bairro. A maioria dos pacientes atendidos na unidade de saúde são as pessoas idosas que sofrem de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e doenças cardíacas, também atendemos pessoas com problemas de saúde mental, doenças de transmissão sexual, infecções respiratórias e muitos casos de gravidez na adolescência.

1.3 Orientações interdisciplinares para usuários diabéticos na USF Erico Veríssimo no município de Gravataí.

Em nossa equipe temos cadastrados um total de 4600 pacientes que sofrem de Diabetes Mellitus, deles 2175 são homens e 2425 são mulheres. Em nossa unidade atendemos diariamente muitos pacientes diabéticos descompensados, onde a maioria deles desconhecem em que consiste a Diabetes Mellitus como doença, não sabem qual é tipo que eles apresentam se é do tipo II ou I, o porque é importante fazer o tratamento indicado pelo médico já seja com os hipoglicemiantes orais ou com a insulina, quais são as possíveis complicações que podem aparecer, e o porque é importante o controle adequado da alimentação e cumprir com as orientações médicas.

Este projeto foi direcionado para os pacientes diabéticos da área de saúde que sempre chegam ao posto com cifras de glicose elevadas onde a maioria tem outras doenças crônicas associadas e que colocam em risco a vida deles por causas das complicações que podem acontecer, sendo a principal causa de descompensação o não cumprimento das orientações médicas do tratamento. Alguns pacientes também têm associados outros fatores de riscos como obesidade, sedentarismo, a falta de atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarro. A educação médica dos pacientes diabéticos do mundo atual é inadequada e constitui uns das principais causas de risco para o desenvolvimento de complicações e descompensação dos pacientes portadores dessa doença, é por isso nos propõe fazer esta proposta de ação educacional multidisciplinar para melhorar a qualidade

de vida dos pacientes diabéticos assim como evitar as complicações fatais da Diabetes com a participação e conscientização ativa do próprio doente e promover hábitos de vida saudáveis.

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários diabéticos que tenham risco médio de desenvolver complicações fatais e não fatais cadastrados no programa de atenção as pessoas com Diabetes, usuários da Unidade de Saúde Erico Veríssimo. Em o estudo apresentamos uma alternativa do abordagem multidisciplinar para as equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica que sofrem com a dificuldade de acesso causado pela elevada demanda. Nosso objetivo é melhorar a qualidade da assistência em saúde prestada aos pacientes portadores de DM2, auxiliando a recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade desta população. Utilizaremos como método de avaliação o nível glicêmico, que será aferido através da dosagem de hemoglobina glicada, solicitados no primeiro mês e três meses após a primeira coleta. A metodologia foi através da identificação deste público pela equipe composta por médicos, enfermeiras e agentes comunitários em suas respectivas áreas, seguindo o cronograma determinado.

2. Atividade : Caso Clínico

Apresento o caso da senhora (MST) nascida o (12/06/1958) de 59 anos de idade, nunca trabalho porque se caso muito jovem. Casada com a senhor (JAS) (22/01/1955) de 62 anos de idade. O casal tem um filho (ASA) nascido o (02/06/1979) de 38 anos de idade, casado com a senhora (TMR) nascida o (18/09/1980) de 37 anos de idade que tem o filho pequeno (JMS) do (12/11/2001) de 16 anos de idade. O casal moram sozinhos porque desde que o filho caso foi morar junto com a família da esposa, devido a relações de conflitos entre o pai e a mulher criando um distanciamento entre os membros da família. O casal tem boas condições econômicas, sociais e cultural, dependem da aposentadoria do senhor José que é muito boa.

A senhora (MDT) tem doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo II e Depressão. Ela sempre visita o posto de saúde porque apresenta a maiorias das vezes cifras de glicose alteradas, pelo que tem que ser medicada no momento. Faz tempo que não consulta com o endócrino porque ela a descuidado muito sua saúde devido aos problemas entre o filho e o esposo dela. Além tem associados fatores de risco como sedentarismo, falta de atividade física e obesidade. Ela esta em uso de remédios como:

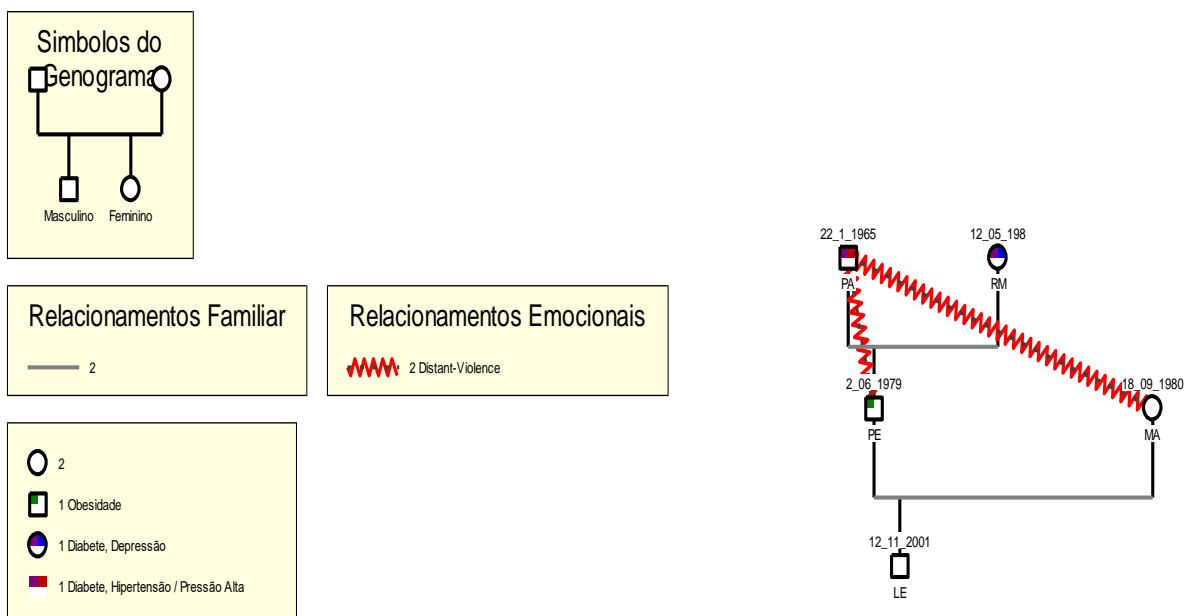
- AAS (100mg) 02 cp no almoço.
 - Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas após café, almoço e janta.
 - Glibenclamida (5mg) 01 cp 8/8 horas antes de café, almoço e janta.
 - Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum
 - Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir.
 - Fluoxetina (20mg) 02 cp de manhã.
 - Amitriptilina (25mg) 02 cp de noite
- Ainda não precisa do uso da insulina.

A casa onde mora a senhora (MDT) é pequena, contem duas habitações, uma pequena cozinha e um banho, de forma geral a vivenda tem boas condições estruturais. A higiene é muito boa, e o paciente tem dois gatos e uma cadela que ficam no jardim onde nota-se que ficam bem atendidos pela senhora. A água de consumo eles gostam de comprar numa loja perto da casa, o lixo é armazenado em

sacolas de plástico e coletado duas vezes na semana pelo carro da prefeitura. Sua alimentação é variada, come de todo, mais gosta muito de massa, alimentos fritos, fritura, churrasco, alimentos salgados em grandes quantidades. Não acostuma fazer atividade física, e só sai da casa para visitar a vizinha do frente.

Estamos em presença de uma família mediana, composta de cinco membros, onde o senhor José e sua esposa Maria, têm um filho Antônio que está casado com a senhora Teresinha que tem um pequeno filho de 16 anos de idade chamado José, o relacionamento da senhora Maria com seu filho é distante devido ao conflito existente entre o senhor José e seu filho Antônio e a esposa do filho Teresinha o qual tem prejudicado muito a saúde de dona Maria. O casal sobrevive bastante bem com o dinheiro da aposentadoria do senhor José o qual é suficiente para manter aos dois, o qual permite comprar os remédios para dona Maria, quando não pega na farmácia do posto.

GENOGRAMA REPRESENTATIVO DA FAMILIA:



Avaliação do caso:

A paciente Maria chega ao posto para consulta de controle agendada, depois de sete meses da última consulta, ela diz que está tomando a medicação para a Depressão e da diabetes todos os dias e o Rivotril de noite para dormir. A paciente fala que nos últimos sete dias vem sentindo muita fraqueza, sede, coceira na pele,

aumento do apetito e está acordando muitas vezes na noite para urinar. Ainda não ta fazendo nenhuma atividade física.

Exame Físico

Peso: 80kg (aumentou 3kg desde a consulta anterior)

Altura: 163 cm

IMC:29,3m²sc

PA: 130/80 mmHg

Temperatura: 36°C

Glicemia capilar: 540 mg/dl.

CVC; ruídos cardíacos rítmicos,não sopros,BC:88bpm

Resp: sem alterações.

Abdómen: sem alterações.

Pulsos periféricos: presentes e normais.

TCS: não edemas

SNC: sem alterações.

No exame físico só apresenta alterações evidentes da glicose, além de uma ganância exagerada de peso, onde o resto do exame é normal. Solicito exames complementar, dou orientações geral sobre a dieta (evitar os alimentos doces, alimentos fritos e salgados), e como já usa dois remédios hipoglicemiantes procedemos a colocar a insulina antes do café e janta para melhor controle das cifras de HGT.

Após um mês o paciente volta com os mesmos sintomas. No exame físico (positivo) HGT 430mg/ml, lesões na pele de rascado e infecção urinaria.

Exames	Resultados
Glicemia de jejum -----	350 mg/dl
Hemoglobina glicada -----	11%
Colesterol Total -----	232mg/dl
Triglicérides -----	235mg/dl
Creatinina -----	0,90mg/dl
Uréia -----	35mg/dl
Acido Úrico -----	5,0mg/dl

Exame de Urina ----- Positivo

Urocultura ----- Echecrichia Coli +100 000 UFC/ml

ECG Ritmo sinusal, alterações inesperadas da repolarização ventricular.

Raios X do Tórax PA presença de alongamento da aorta, com calcificações no seu interior, estruturas pulmonares e cardíacas dentro dos limites da normalidade.

O **fundo de olho** apresento presença de vasos de nova formação, mácula opaca, além de opacidade do cristalino subgerente de catarata.

Tendo em conta a clínica do paciente e os resultados dos exames a paciente apresenta uma diabetes descompensada devido à infecção urinaria por E.Coli, além de uma Hiperlipidemia mista, catarata ocular e retinopatia diabética.

Diagnóstico:

- Diabetes Mellitus Tipo II
- Hiperlipidemia mista.
- Insônia.
- Infecção Urinaria.

Plano Terapêutico:

Oriento medidas preventivas e educativas para modificar modo e estilo de vida com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos de apresentar algumas complicações associadas às doenças crônica que o paciente tem.

- Tentar baixar de peso corporal.
- Realizar atividade física todos os dias
- Realizar uma dieta adequada evitando os alimentos fritos e gordurosos, comer baixo de sal, não açúcar, não carboidratos como massa e arroz.
- Cumprir com a quantidade de refeições ao dia pelo menos as 6 indicadas.
- Consumir frutas,vegetais, legumes, sucos naturais sem açúcar.
- Tomar abundantes líquidos pelo menos dois litros de água ao dia e não reter os desejos de urinar.
- Manter a higiene pessoal e principalmente dos pés para evitar as infecções da pele e outras complicações.

- Ao deitar ficar com as pernas para cima para facilitar a circulação da sangue (retorno venoso e linfático).
- Evitar as feridas no corpo e as úlceras nas pernas e pés.
- Realizar o controle diário ou três vezes por semana da glicose antes do café e janta, (HGT).
- Realizar o tratamento médico nos horários estabelecidos pelo especialista.
- Evitar as ingestão exageradas de doces e alimentos salgados.
- Realizar cada 6 meses exames de rotina para um melhor seguimento e controle la diabetes.

È importante ensinar à pacientes a importância de manter as cifras de glicose normal ou dentro da normalidade para evitar as possíveis complicações da Diabetes Mellitus tipo II, pelo que o mais importante é o controle da dieta e tomar os remédios na hora certa.

Oriento:

- Consulta de controle de 4/4 meses.
- Fazer exames de sangue e urina dois ou três vezes ao ano.
- Avaliação por Oftalmologista, Cardiologista, Endocrinologista e Dentista anual.
- Avaliação pelo Neurologista para descartar alguma doença cerebral degenerativa.
- Revisar os pés e visitar o médico ante qualquer alteração.

Tratamento farmacológico:

- AAS (100mg) 02 cp no almoço.
- Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas (após café, almoço e janta).
- Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum
- Sinvastatina (20mg) 02 cp de noite
- Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir.
- Insulina NPH 100 UI
 - 25 uds SC AC
 - 20 uds SC AJ
- Insulina regular se cifras de HGT por acima de 350 colocar 8 uds SC
- Norfloxacino (400mg) 01 cp 12/12h por 7 dias.

Retiramos a Glibenclamida porque junto com a insulina o paciente tem mais risco de apresentar crises de hipoglicemia.

Próxima consulta em 15 dias.

Resumo:

O paciente volta após 15 dias com PA 120/80 mmHg, glicose 150 mg/dl, FC 85 bpm e melhoria evidente dos sintomas.

Muitos dos sintomas de descompensação da Diabetes Mellitus tipo II podem estar quasi sempre associados à presença de infecções bacterianas no corpo principalmente, a infecção urinaria pela bactéria Echerichia Coli, ou pelo consumo de grandes quantidades de alimentos onde o corpo não tem como processar toda essa quantidade de nutrientes.

A principal causa de descompensação da Diabetes M. é a dieta inadequada dos pacientes que apresentam esta doença crônica, onde eles ingerem grandes quantidades de alimentos não necessários para o organismo, sendo provocado o aumento do peso, a aparição de gorduras saturadas daninhas na circulação da sangue, além de provocar alterações em todos os órgãos do corpo. Por isso para os pacientes diabéticos o mais importante é o controle e seguimento das cifras de HGT, realizar o tratamento nos horários indicados pelo médico, fazer atividade física, evitar o sedentarismo e o aumento de peso, assim como o estresse.

Podem ocorrer outros problemas de saúde para a paciente tendo em conta que a Diabetes Mellitus tipo II com as cifras de glicose elevadas pode levar ao paciente à perda gradual da visão, afeta a circulação do sistema arterial, venoso e linfático, provoca dano renal, a neuropatia ou polineuropatia diabética por afeção dos nervos do corpo e a mais temível de todas as úlceras do pé diabético que em algumas ocasiões é a causa de amputação do membro afetado.

3. Atividade

Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.

UBS Erico Veríssimo; Município Gravataí.

As atividades de promoção e prevenção da saúde nos diferentes níveis de atuação são muito importante na diminuição dos fatores de riscos da pessoa apresentar alguma doença crônica ou complicações das mesmas. Sempre desde estudante nos orientam quais são as atividades a realizar em nossos pacientes da área de abrangência e como evitar e prevenir a aparição de mais doenças de qualquer tipo já seja transmissível ou não transmissível na comunidade.

Com o tempo hemos aprendido o difícil que é levar a cabo essa tarefa na comunidade devido ao baixo nível cultural, social, educacional e econômicos de alguns pacientes o que dificulta a aplicação de estratégias de saúde nessas pessoas. È por isso que sempre temos muitos pacientes com doenças crônicas descompensadas solicitando atendimento no posto de saúde por não cumprir com responsabilidade o tratamento médico.

As reuniões de equipe são uma parte importante da organização do trabalho na UBS, esse dia se coordena o atendimento dos pacientes por dia, organizamos a agenda para os pacientes idosos, crianças e grávidas e as visitas domiciliares programadas tendo em conta as necessidades dos pacientes solicitantes.

Na UBS temos cadastrados a todos os pacientes que moram em nossa comunidade, conhecemos a quantidade de famílias, a quantidade de pessoas por idade e sexo, as doenças que apresentam, os fatores de riscos e situações de vulnerabilidade, e as condições de suas vivendas estruturais e higiênicos-sanitárias. Além contamos com centros de apoio como o CAPS (AD), CAPS I e II, NASF I e II, etc.

O trabalho dos agentes comunitários é muito importante porque fortalece o laço da UBS com os pacientes da comunidade. As visitas domiciliares permitem ter um controle das situações de saúde dos pacientes, saber quando estão descompensados ou si apresentam alguma outra situação que possa ser resolvida no momento, além de facilitar o trabalho de promoção e prevenção de doenças crônicas nas pessoas que moram na área do posto de saúde.

Nas ações de planejamento realizadas na unidade de saúde destacamos três programas importantes que marcam nosso atendimento como o pré-natal, a puericultura e as doenças de saúde mental.

Para a realização das atividades de prevenção e promoção tivemos em conta as referências bibliográficas dos Cadernos da Atenção Básica. No Caderno 32 observamos os fluxogramas do pré-natal, Rastreamento e conduta na anemia gestacional, investigação da diabetes gestacional, os fluxogramas de gestantes com Rh negativo e tratamento do corrimento vaginal. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.-1.ed, 2.reimpr.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 55p; 174p; 177p; 186p; 209p.(Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

O pré-natal:

- ❖ Seguimento dos exames indicados por trimestres I, II e III.
- ❖ Conhecer as gestantes de riscos e dar um atendimento diferenciado.
- ❖ Marcação de consultas periódicas para evitar complicações durante a gravidez.
- ❖ Realizar uma avaliação das características psicossociais e socioeconômicos das gestantes.
- ❖ Marcação de consultas com ginecologista e clínico geral no controle das doenças crônicas.
- ❖ Controle das vacinas e imunização contra rubéola, tétano e hepatite B.
- ❖ Orientações gerais na prevenção de baixo peso e parto prematuros.
- ❖ Realização dos testes rápidos na pesquisa de doenças de transmissão sexuais.
- ❖ Coordenar com o Hospital, o número de grávidas da unidade de saúde para ser acolhidas o dia do parto ou cesariana.
- ❖ Escrever na carteirinha da gestante o controle e seguimento das consultas.
- ❖ Vincular ao grupo de cuidado da mulher e às crianças.

A puericultura:

- ❖ Orientar o aleitamento materno exclusivo pelo menos até os 6 primeiros meses de vida.
- ❖ Orientar a alimentação complementar das crianças por meses.

- ❖ Seguimento das crianças e puérperas em consultas e visitas domiciliares programadas.
- ❖ Falar sobre a importância de fazer o teste do pezinho nos primeiros sete dias de nascido a criança.
- ❖ Controle em consultas de puericultura do peso, altura, desenvolvimento psicomotor, dentição, alimentação e vacinas por idade nas crianças.
- ❖ Identificar na comunidade os recém-nascidos de riscos ou em situações de vulnerabilidade.
- ❖ Realizar estratégias relacionadas à prevenção, promoção e educação na saúde da família nos cuidados das crianças e puérperas.

Nos cuidados paliativo dos pacientes com problemas de saúde mental tivemos em conta as referências bibliográficas do Caderno de Atenção Básica 34. Por exemplos estudamos todos os conteúdos do livro em como dar o apoio à família, as terapêuticas a serem desenvolvidas na unidade de saúde, etc. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da 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. 176p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34).

Saúde Mental:

- ❖ Criação do grupo de saúde mental na UBS com participação dos pacientes doentes.
- ❖ Coordenar a participação da família dos pacientes nas atividades de matriciamento e grupo de saúde mental.
- ❖ Trabalhar com as famílias dos pacientes na prevenção de surtos psicóticos.
- ❖ Ajudar com a terapia de grupo à promoção do crescimento pessoal dos pacientes.
- ❖ Coordenar o atendimento com os psiquiatras do CAPS II ou NASF II, como centros de apoio.

Reflexão:

Em minha unidade o maior problema de saúde que estamos apresentando é o seguimento e controle dos pacientes com doenças mental, devido à enorme

quantidade de pessoas afetadas. Os psiquiatras do município não dão conta para atender a todos os pacientes que moram em Gravataí, pelo que temos muitos deles que apresentam surtos psicóticos e tem que ser encaminhados para o Hospital de Porto Alegre São Pedro. O principal problemas para os pacientes é a falta apoio familiar pelo que não tomam os remédios nos horários certos, sendo a justificativa que eles tem que trabalhar para manter à família. Além do grupo de saúde mental e atividades realizadas fora do município ainda não é suficiente para garantir o controle desses pacientes. A renovação de receitas de medicamentos controlados se realiza todos os dias da semana pela enorme quantidade de pessoas que tomam esses remédios. A secretaria de Saúde do município esta trabalhando na construção de mais locais e contratação do pessoal médico psiquiatra para tentar dar conta de toda a população que requer desse atendimento médico.

4. Atividade : Visita Domiciliar/ Atividade no Domicílio.

Forma parte de nosso trabalho na comunidade a visita domiciliar sendo uma ferramenta que facilita o controle e seguimento dos pacientes doentes da área de abrangência do posto de saúde. Além permite conhecer as condições de vida das pessoas na comunidade, suas costumes, necessidades e relacionamento familiar.

Também ajuda na identificação de fatores de riscos e situações de vulnerabilidade, saber um pouco mais sobre as características culturais, socioeconômicas, e educacionais dos pacientes, hábitos, modos e estilos de vidas, além de seu comportamento na sociedade.

Na visita domiciliar se aproveita a realizar as atividades de promoção e prevenção de doenças, se explica para os pacientes a importância de evitar doenças transmissíveis como a Tuberculose, dengue, sika, também se fala sobre as medidas adotar para evitar as compensações das doenças crônicas que apresentam e como evitar as complicações fatais para cada caso específico.

A visita em meu posto é realizada três dias da semana devido à presença de três equipes médicas, além se realiza todas as semanas do mês. Minha equipe realiza as visitas na segunda-feira de tarde, se visitam 4 pacientes perto do posto e 5 o dia que contamos com o carro da Prefeitura. A visita é realizada a pedido do paciente ou pela solicitação da enfermeira ou agente comunitário, tendo em conta as condições de saúde da pessoa solicitante. Também temos aquelas programadas para os pacientes acamados, gestantes, crianças e puérperas como parte do controle e seguimento da UBS. A visita domiciliar é realizada pela equipe composta pelo técnico de enfermagem, duas agentes comunitárias e o médico, e em algumas ocasiões pode ficar também uma enfermeira.

Esse dia realizamos uma avaliação completa dos pacientes, se realiza exame de PA e HGT, se realizam curativos naqueles que precisem, além se dão as orientações dos cuidados gerais para o cuidador do paciente. Também estamos em estreita vinculação com os profissionais do NASF II como os nutricionistas, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos, que formam parte das visitas domiciliares aos pacientes no hogar.

Atividade no Domicílio:

Se agenda visita domiciliar para o paciente MDT, de 59 anos de idade, casada, com doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo II e Depressão, que sempre fica descompensado por não cumprir com as orientações médicas, onde na semana passada tinha uma infecção urinária por Echerichia Coli, mora na rua Salomé No. 1692 do Bairro Santa Cruz da área de abrangência da UBS Erico Veríssimo.

O dia 12/09/2017 às 1:30 da tarde nos encaminhamos para a casa da senhora MDT com o objetivo de cumprir com a visita domiciliar agendada a solicitude do esposo da paciente, com a equipe composta pelo técnico de enfermagem, a médica e as duas agentes comunitárias responsáveis pelas visitas na casa da senhora MDT.

A nossa chegada fomos acolhidos pelo esposo da senhora o senhor JMS que já aguardava pela visita domiciliar agendada no posto de saúde, daí fomos levados para o quarto onde ficava deitada a paciente.

Paciente Alvo - MDT, 59 anos, casada, diabético que apresenta uma infecção urinária por E.Coli, casada, mora com o esposo.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas: A senhora MDT tem conhecimentos de seu estado de saúde, ela está consciente que seu maior problema é o consumo exagerado de alimentos ruins para o corpo e não realizar atividade física, além não gosta de medir o HGT porque fala que da muito dor furar o dedo.

Queixas do momento: Alega estar em tratamento para a infecção urinária com antibióticos e que fica deitada na cama por ter dor lombar por causa duma força que ela fez ontem de tarde.

Exame físico: Pessoa que apresenta bom estado geral, mucosas coradas, HGT 163 mg/dl, PA 130/80 mmHg, FR 18 bpm, FC 86 bpm, à palpação e movimentação da coluna lombar apresenta muito dor, se alimenta bem e faz cocô normal e esta melhorando o ardor para urinar.

Tratamento atual: Em uso de AAS (100mg) 02 cp no almoço, Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas após café, almoço e janta, Glibenclamida (5mg) 01 cp 8/8 horas antes de café, almoço e janta, Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum, Sinvastatina (20mg) 02 cp à noite, Insulina NPH 100UI 25 UI AC e 20 UI AJ Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir. Agora é colocado o Paracetamol (500 mg) 01 cp 6/6 horas para aliviar o dor forte.

Família: Devido que a senhora MDT não conta com uma cuidadora, as orientações médicas são para o esposo que fica a cargo dos cuidados da paciente.

Estrutura familiar: Residem no domicílio

Apresento o caso da senhora MDT (12/06/1958) de 59 anos de idade, nunca trabalho porque se caso muito jovem. Casada com a senhor JMS (22/01/1955) de 62 anos de idade. O casal tem um filho ADS (02/06/1979) de 38 anos de idade, casado com a senhora TMR (18/09/1980) de 37 anos de idade que tem o filho pequeno JMS (12/11/2001) de 16 anos de idade. O casal moram sozinhos porque desde que o filho caso foi morar junto com a família da esposa, devido a relações de conflitos entre o pai e a mulher criando um distanciamento entre os membros da família. O casal tem boas condições econômicas, sociais e cultural, dependem da aposentadoria do senhor JMS que é muito boa.

Situação de saúde e de vida: A família tem um nível vida bastante adequado o dinheiro da aposentadoria do senhor JMS é suficiente para dar conta de todas as necessidades do casal.

Alimentação: A senhora MDT é a responsável pelo preparo do alimento da família. O café da manhã é às 8:00h, com uma merenda às 10:00h e o almoço é ao meio dia, outra merenda às 15:00h e a janta é às 19:00h e uma merenda às 22:00h antes de deitar. Desse jeito fico o horário das refeições da senhora MDT, que esta relacionado com os remédios que toma. Na dieta é rica em frutas, vegetais e legumes.

Ferramentas sociais envolvidas: Eles recebem ajuda da Igreja Evangélica que fica perto da casa e da Prefeitura do município.

Domicílio: Casa é de tijolos, piso em cerâmica, contendo 2 quartos, uma sala, um banheiro, e uma pequena cozinha. A casa tem boas condições estruturais, e higiênicos-sanitárias, e não apresentam problemas para a coleta do lixo e tem e compram o água de consumo.

Fontes de prazer do paciente: As atividades que a senhora MDT gosta de fazer é ficar de tarde no parque perto da casa, falar com os vizinhos, fazer algumas caminhadas e olhar a televisão.

Metas: Necessidade de a paciente cumprir com as orientações médicas. Solicitação de visita domiciliar pela nutricionista e psicóloga que visita o posto de saúde duas vezes por mês, no fortalecimento dos cuidados e seguimento do paciente. **Prioridade:** controle da cifras de glicose da senhora MDT. **Plano de**

cuidados: Continuar com as visitas domiciliares frequentes feitas pelos Agente Comunitários e as visitas médicas programadas mensalmente, para ampliar o vínculo de afeição e confiança entre os profissionais do posto de saúde e o paciente e sua família.

Problemas Crônicos: Diabetes Mellitus tipo II e Depressão.

Problemas Agudos: Sacrolombalgia e Infecção Urinária em tratamento.

A visita domiciliar é importante no acompanhamento dos pacientes na detecção de doenças agudas e crônicas descompensadas na pesquisa das possíveis soluções. Os problemas de saúde da senhora MDT foram resolvidos oportunamente com o apoio dos profissionais do NASF II se funcionaram no município, o nutricionista, psicólogos e fisioterapeutas.

5. Reflexão conclusiva:

Trás os resultados obtidos se pode inferir que os pacientes, ao tomar consciência de a doença há querido trocar seus hábitos de vida para melhorar sua qualidade, pelo que levam uma dieta variada e a maioria realizam com frequência algum tipo de atividade física. assim. o mais difícil é poder manter de forma constante esses hábitos durante um tempo prolongado. Nós conseguimos observar que há pessoas que tem problemas para consciencializar-se sobre a doença. Podemos falar que os hábitos e costumes de toda uma vida são difíceis de modificar de um dia para outro e mais em pacientes de idade adulta; em pacientes idosos.

Os aspetos sociais sempre foram abordados nos casos estudados em nossa comunidade do posto Erico Veríssimo, coisa que me incentivou a conhecer mais minha população, os problemas da comunidade, o estilo e modo de vida, descobrindo assim os principais fatores de risco aos que estão expostos.

Os pacientes com DM II necessitam de um acompanhamento contínuo e integral, recebendo apoio profissional qualificado de modo individualizado, visando suas características socioculturais, econômicas e psicológicas. Além disso, o profissional deve realizar esse processo de educação usando uma linguagem simples, para que todos os pacientes possam ter uma aprendizagem facilitada e efetiva.

Diante da revisão de literatura realizada, concluiu-se que muitos pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 em fase inicial conseguem manter seu metabolismo sob controle apenas seguindo dieta rigorosa, exercícios físicos regulares e educação em saúde, enquanto outros, que já desenvolveram complicações, ou nos casos em que o tratamento não está sendo eficaz em atingir os objetivos de glicemia adequada, necessitam da utilização de hipoglicemiantes orais e até mesmo da insulina propriamente dita, além do tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovasculares para a redução da mortalidade desta enfermidade.

A adesão ao tratamento é essencial para atingir o controle glicêmico. A educação em diabetes é a peça chave para atingir esse objetivo. Compartilhar experiências através de programas educativos, adquirindo um maior nível de informação, ajuda no processo de enfrentamento do diabetes, aumenta a adesão ao tratamento, diminui o risco de desenvolver complicações e melhora a qualidade de vida desses pacientes, além de diminuir os gastos excessivos em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_norteador_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Vol 2, 2013.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, vol. 34, n. 3, p. 214-131, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1993.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, v. 5, n. 7, p. 42-49, 2004.

Franco LJ. Um problema de saúde pública. Epidemiologia. In: Oliveira JEP, Milech A (eds.). Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu. 2004; p. 19-32.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. Manual de Enfermagem. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009. 171 p.

7. ANEXO 1- PROJETO INTERVENÇÃO

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

Projeto de Intervenção

Laura Francisca Benítez Rodríguez

**Orientações interdisciplinares para usuários diabéticos na USF Erico
Verissimo no município de Gravataí/RS**

Porto Alegre

2017

RESUMO

Este projeto de intervenção tem como proposta promover educação em saúde para um grupo de usuários portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que tenham mau controle glicêmico apesar de tratamento medicamentoso, sendo usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Érico Veríssimo. Neste trabalho, serão realizados grupos de orientação interdisciplinar como alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar atendimento e acompanhamento de pacientes portadores de doença crônica devido à alta demanda. Foi eleito o grupo que apresentava mau controle glicêmico por ser o grupo que melhor se beneficiaria dessa abordagem. O objetivo é melhorar a qualidade da assistência em saúde prestada aos pacientes portadores de DM2, auxiliando a recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade desta população. Utilizaremos como método de avaliação o nível glicêmico, que será aferido através da dosagem de hemoglobina glicada, solicitados no primeiro mês e três meses após a primeira coleta.

Descritivos: Diabetes Mellitus tipo 2; Grupo Interdisciplinar; Controle Glicêmico.

SUMÁRIO

1. Introdução: -----	26
1.1. Identificação e apresentação do problema: -----	26
2. Objetivos: -----	28
2.1. Objetivo geral: -----	28
2.2. Objetivos específicos: -----	28
3. Revisão de literatura: -----	29
3.1. Diabetes mellitus: -----	29
3.2. Atendimento interdisciplinar: -----	32
3.3. Importancia da hemoglobina glicada na avaliação do controle glicêmico:--	33
4. Metodologia: -----	35
5. Cronograma: -----	37
6. Recursos necessários: -----	38
7. Resultados esperados: -----	39
8. Referências: -----	40

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Identificação e apresentação do problema

Chamo-me Laura Francisca Benitez Rodriguez, e sou Médica Cubana do Programa Mais Médicos, minha formação acadêmica em Medicina foi pela Universidade Médica de Granma Cuba com conclusão em 2012. Minha primeira atuação como médica aqui no Brasil foi à Unidade de Saúde de Família Érico Veríssimo situada no município de Gravataí/RS. Esta cidade está situada na região metropolitana de Porto Alegre/RS, tem uma população estimada, 255.660 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,736 e uma expectativa de vida de 76,74 anos (IBGE 2014).

A Unidade de Saúde da Família (USF) Érico Veríssimo, foi fundada há nove anos, sendo a primeira USF do município, conta com três equipes de saúde da família, está localizada no Distrito Centro do município de Gravataí, sendo aproximadamente 1,600 o número de usuários assistidos. A equipe de saúde é composta por três médicos, três enfermeiros, dois odontólogos, seis técnicos de enfermagem, doze agentes de saúde e comunidade e três auxiliares de saúde bucal. Cada médico atende aproximadamente 20 pacientes ao dia.

A maioria da população atendida é composta por idosos e mulheres, com grande prevalência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica e depressão. De acordo com levantamento do SIAB (Sistema de Informação Básica – DataSUS, 2016), 9,5% da população são portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e aproximadamente 8,5% de hipertensão arterial. A USF Érico Veríssimo desenvolve também campanhas de saúde com frequência, com incentivo ao diagnóstico de Diabetes.

A necessidade de equipes interdisciplinares nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e tem sido incorporada progressivamente na prática diária. Diversos estudos apontam a abordagem interdisciplinar como uma ferramenta eficaz no controle metabólico e na redução dos fatores de riscos associados às complicações do DM. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe interdisciplinar pode, além de proporcionar uma ação diferenciada, ampliar o sucesso do controle de muitas doenças e dos fatores de risco a elas relacionados (WAGNER, 2000).

A proposta deste projeto de intervenção é promover educação em saúde e espera-se que, a partir deste trabalho, haja melhora no controle da doença e redução dos agravos à saúde consequentes à DM2 mal controlada. Pode-se dizer que quanto mais um paciente diabético sabe sobre sua doença e quanto mais entende como fazer as modificações necessárias na sua rotina de vida, mais sucesso terá no seu tratamento o que justifica este projeto de intervenção.

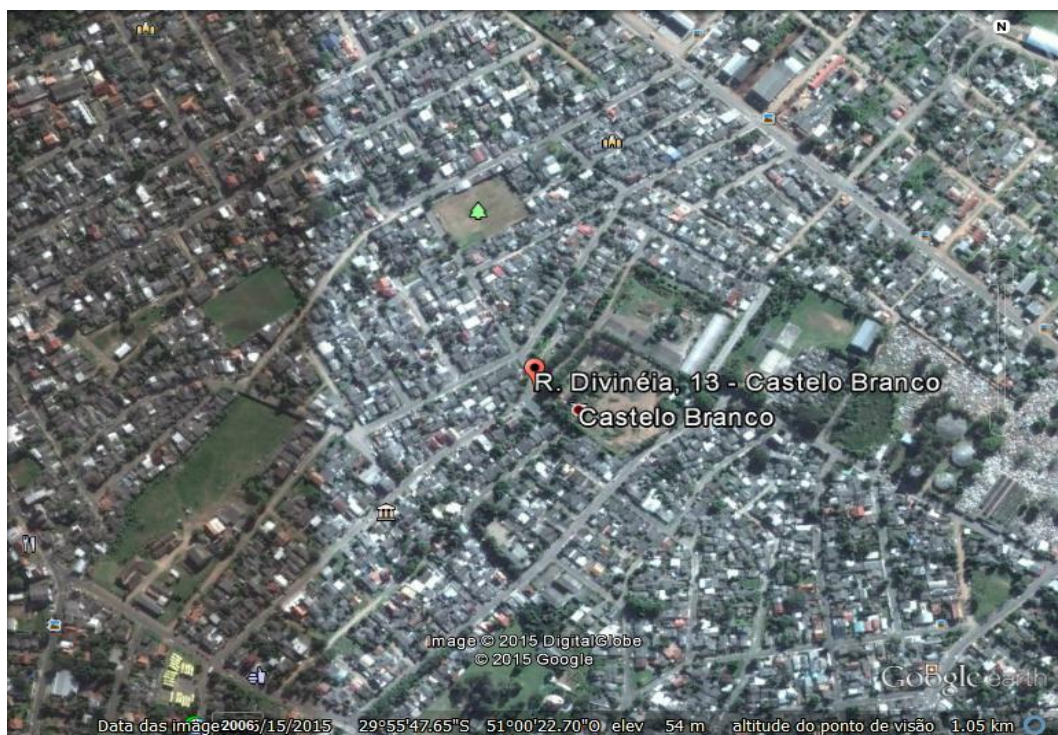


Imagem 1 – Localização Geográfica da Unidade de Saúde de Família Érico Veríssimo (Fonte: Google Earth, 2015).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade da assistência em saúde prestada aos usuários portadores de DM2 através de atividades de orientação interdisciplinar.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhor controle dos parâmetros clínicos e laboratoriais dos diabéticos;
- Mais conhecimento sobre a doença e suas complicações aos usuários;
- Melhor adesão medicamentosa e à dieta a partir da melhor orientação e sensibilização dos mesmos a cerca da sua patologia;
- Identificar o quantitativo de diabéticos que residem na área adstrita à Unidade de Saúde;
- Identificar usuários que necessitam de controle mais rigoroso e consultas mais frequentes;

Diminuição dos agravos à saúde consequentes à DM2 mal controlada

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. DIABETES MELLITUS

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2014).

O DM configura-se hoje uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (Brasil, 2006). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2013).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%, dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto/SP. Em 2013, estimou-se que existiriam 11.933.580 pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil. O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 3,4% na faixa etária de 30 a 59 anos para 19,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (SBD, 2015/2016).

O número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do DM2, é alarmante e as dificuldades de manejo são perceptíveis. Porto Alegre é a segunda capital com maior prevalência de DM (BRASIL, 2006). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente.

A má adesão medicamentosa e à dieta, a grande prevalência de agravos à saúde decorrentes do DM2, bem como a alta demanda de consultas médicas para diabéticos justificam a execução desse projeto. Acredita-se que estas dificuldades

devam-se, em parte, a falta de entendimento dos diabéticos a cerca de sua patologia e complicações e que, a partir desta intervenção, consiga-se conscientizar a população selecionada sobre tal problemática de manejo são perceptíveis. Porto Alegre é a segunda capital com maior prevalência de DM (COSTA, 2013). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente.

A má adesão medicamentosa e à dieta, a grande prevalência de agravos à saúde decorrentes do DM2, bem como a alta demanda de consultas médicas para diabéticos justificam a execução desse projeto. Acredita-se que estas dificuldades devam-se, em parte, a falta de entendimento dos diabéticos a cerca de sua patologia e complicações e que, a partir desta intervenção, consiga-se conscientizar a população selecionada sobre tal problemática (SUMITA, 2008).

A evolução da doença implica em complicações crônicas como a retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas e consequentes cegueira, insuficiência renal e amputação de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. A doença cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise (PEDUZZI, 2001).

O maior custo, entretanto recaem sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral ; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (IBGE, 2010).

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados (BRASIL, 2006). Trata-se problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações, agravos em saúde e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).



Imagem 2 – Foto do evento Outubro Rosa na USF Érico Veríssimo (Fonte: Autora, 2015).



Imagem 3 – Foto do evento Outubro Rosa na USF Érico Veríssimo (Fonte: Autora, 2015).

3.2. ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR

No cenário das diferentes organizações e serviços de saúde, as equipes profissionais, chamadas em algumas situações de equipes interdisciplinares, representam o lócus privilegiado para a viabilização da interdisciplinaridade. Segundo Peduzzi (2001), elas são concebidas como espaços de articulação entre saberes e ações de distintos profissionais, bem como de divisão do trabalho. As equipes interdisciplinares são um espaço dinâmico, constituído por saberes, tecnologias, modos de atuação, discursos, necessidades e tipos de relações que, em contínuo movimento de afetação, integração e desintegração, constituiriam modos de ação pautados em determinada organização coletiva das relações e das práticas.

Diversos estudos apontam a abordagem interdisciplinar como uma ferramenta eficaz no controle metabólico e na redução dos fatores de riscos associadas às complicações do DM. Apesar disso, a construção e a implantação de uma equipe interdisciplinar encontram-se repletas de desafios (COSTA, 2013).

A organização do cuidado de forma coerente e que opere de forma contínua, equilibrada e integrada e seja proativa para as condições crônicas exige das equipes o desenvolvimento de metodologias que ultrapassem os aspectos biológicos e prescritivos da doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde que sejam centradas nas pessoas e famílias e que promovam a autonomia (SBD, 2015).

O autocuidado apoiado objetiva o empoderamento das pessoas com a educação em saúde e intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades dessas pessoas e suas famílias. Pode-se dizer que quanto mais um paciente diabético sabe sobre sua doença e quanto mais entende como fazer as modificações necessárias na sua rotina de vida, mais sucesso terá no seu tratamento (GIPHBG, 2009).

Nesse contexto insere-se este trabalho que tem como objetivo trazer educação e conhecimento da doença pelos pacientes e seus familiares a partir de uma abordagem interdisciplinar.

3.3. IMPORTANCIA DA HEMOGLOBINA GLICADA NA AVALIAÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO

A hemoglobina glicada, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, é um teste muito importante para avaliar o controle glicêmico de médio prazo. Como a glicose circulante liga-se a algumas proteínas do organismo, numa média que é diretamente proporcional aos níveis de glicemia (“glicação”), quanto maiores forem os níveis de glicose circulante, maior será o percentual de ligação dessa glicose com a hemoglobina. O resultado do teste é expresso em porcentagem, indicando o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose (BRASIL, 2006). Como as hemácias são livremente permeáveis à glicose, a medida de HbA1c reflete o histórico da glicemia ao longo dos 120 dias prévios, tempo de vida médio dos eritrócitos (SBD, 2014/2015).

O Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada publicou em 2009 as recomendações a respeito das indicações do teste e dos valores ideais de controle para adultos, crianças e idosos. Segundo este posicionamento os exames de A1C devem ser realizados regularmente em todos os pacientes com diabetes. Primeiramente, para documentar o grau de controle glicêmico em sua avaliação inicial e, subsequentemente, como parte do atendimento contínuo do paciente. A meta a ser atingida, representando efetivo controle é abaixo de 7%, tanto no adulto como no adulto jovem. Nos pacientes idosos, deve ser individualizada, uma A1C de até 8% é considerada apropriada uma vez que a tentativa de um controle muito rígido da glicemia nesta faixa etária, assim como nas fases pré-puberal e puberal, pode induzir a efeitos colaterais indesejados, como, por exemplo, hipoglicemia. (SUMITA, 2008).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes Mellitus 2014/2015, a hemoglobina glicada deve ser solicitada rotineiramente a todos pacientes com DM (em média, a cada 3 meses), desde a avaliação inicial, para determinar se o alvo do controle da glicemia foi atingido e/ou mantido. Recentemente, o teste foi reconhecido como um dos critérios para o diagnóstico de DM, quando $\geq 6,5\%$.

Níveis glicêmicos persistentemente elevados são danosos ao organismo e o descontrole prolongado resulta em complicações, incluindo danos em diversos tecidos, perda da função normal e falência de vários órgãos. Para o

acompanhamento do portador de DM, a hemoglobina glicada (A1C) tem se firmado como ferramenta útil. Pesquisas demonstraram que manter o nível de A1C abaixo de 7% reduz o risco de desenvolvimento das complicações dessa doença (SUMITA 2008).

Estudos vêm mostrando a importância de um bom controle desde o diagnóstico para a prevenção de complicações precoces, pois cinco a sete anos de controle glicêmico ruim, mesmo durante a adolescência, resultam em risco aumentado de doença micro e macrovascular nos seis a sete anos subsequentes (SBD, 2014/2015).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção. A proposta deste projeto de intervenção é identificar a população portadora DM2 residente na área adstrita à unidade de saúde, pertencente à equipe 3 e promover um “Grupo interdisciplinar de Educação e Controle em Diabetes Mellitus”.

Para abordagem dos usuários diabéticos, a proposta inicial é a realização do cadastramento e verificação do controle glicêmico. A avaliação do controle glicêmico será realizada a partir dos valores da hemoglobina glicada. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários diabéticos pela unidade, seja para consulta, renovação de receitas ou outros e também pela busca ativa dos usuários sabidamente diabéticos ou portadores de fatores de risco pelos ACS's. Será utilizada uma ficha para cadastramento e acompanhamento desses pacientes, disponível em anexo 1, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), níveis pressóricos, fatores de risco (idade, dislipidemia, tabagismo), medicações em uso, comorbidades e valores de hemoglobina glicada.

Durante o cadastramento os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. A médica e a enfermeira, durante as consultas médicas e de enfermagem preencherão os demais dados de estratificação dos pacientes. A solicitação dos exames laboratoriais também ocorrerá durante essas consultas.

Será realizado um encontro mensal com duração aproximada de 1 hora.

Nos encontros serão abordados os seguintes temas:

- O que é Diabetes Mellitus;
- Alimentação adequada aos diabéticos;
- Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
- Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
- Percepção de presença de complicações;
- A doença e o processo de envelhecimento;

- Uso de medicamentos prescritos, indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais;
- Controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença;
- Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação.

As orientações serão prestadas por profissionais da estratégia de saúde de família (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), além de outros profissionais da rede, como nutricionista e psicólogo.

O grupo foco da pesquisa será composto por usuários portadores de DM2, maiores de 18 anos, residentes em área pertencente à equipe 3, estratificados como diabéticos com mau controle glicêmico (hemoglobina glicada $\geq 7\%$). Cada profissional ou grupo de profissionais será responsável por abordar um tema respectivo. Quando pertinente os pacientes serão encaminhados à consulta individual com médico ou outros profissionais.

5. CRONOGRAMA

Procedimento/2017	Set	Out	Nov	Dic	Jan	Feb
Apresentação/discussão do projeto com a equipe	X					
Entrega de convites aos pacientes	X	X				
Cadastramento dos pacientes com DM2 / busca ativa dos pacientes portadores de DM2	X	X				
Organização/planejamento das atividades a serem desenvolvidas	X	X				
Consulta interdisciplinar			X	X	X	
Avaliação dos índices glicêmicos		X				
Avaliação do projeto pela equipe						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de atividades em grupo;
- Balança;
- Esfigmomanômetro digital;
- Fita métrica;
- Caneta;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento multimídia;
- Profissionais médicos, ACS, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo;
- Fichas cadastrais;
- Prontuários dos pacientes.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar atendimento a um grupo específico, que apresenta mau controle glicêmico, com a finalidade de diminuir morbimortalidade e os agravos a saúde fatais e não-fatais;
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos;
- Melhor controle dos parâmetros clínicos e laboratoriais dos diabéticos;
- Mais conhecimento sobre a doença e suas complicações, provendo responsabilização dos usuários pelo seu próprio tratamento;
- Melhor adesão medicamentosa e à dieta a partir da orientação e sensibilização dos pacientes a cerca da sua patologia;
- Construir os objetivos do tratamento de forma coletiva/participativa;
- Estimular a equipe ao trabalho interdisciplinar;
- Acompanhar um maior número de pacientes, motivando mudanças nos hábitos de vida e comportamento com o objetivo de alcançar melhorar o controle da doença.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, vol. 25, n.6, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016>. Acesso em 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.:**Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

COSTA, Mônica Barros; CASTRO, Antonio Paulo André de. **Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática**. Extramuros, Petrolina-PE, v. 1, n. 2, p. 30-37, ago./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/viewFile/350/14>>. Acesso em: 10 set. 2015.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE PADRONIZAÇÃO DA HEMOGLOBINA GLICADA - A1C. Hemoglobina glicada. *Posicionamento Oficial* (versão 2009). **Atualização sobre hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico de diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais**. Disponível em:

<http://www.endocrino.org.br/media/fotos/POSICIONAMENTO_OFICIAL_2009_A1C.pdf> Acesso em 2 out. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=430920>

. Acesso em: 20 ago. 2015.

WAGNER, E. H. **The role of patient care teams in chronic disease management.**

British Medical Journal, 26 fev. 2000, vol. 320. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10688568>>. Acesso em: 10 set. 2015.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2001; 35 (1): 103-9. Disponível em:

<http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf>. Acesso: 20 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes, 2002. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2.** 2014-2015. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>

Acesso em: 25 set. 2015.

SUMITA, Nairo Massacazu; ANDRIOLO, Adagmar. **Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas.** J. Bras. Patol. Med. Lab. vol.44 no.3, Rio de Janeiro, June 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167624442008000300003&script=sci_arttext.

> Acesso em: 25 set. 2015.