

**UFCSPA-UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MAYRA SUZANE GOIANA GARCIA

**INTERVENÇÃO EM SAÚDE PARA A MELHORA DO CUIDADO DOS
PACIENTES IDOSOS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS-SERGIPE**

PORTO ALEGRE-RS

2017

MAYRA SUZANE GOIANA GARCIA

**INTERVENÇÃO EM SAÚDE PARA A MELHORA DO CUIDADO DOS
PACIENTES IDOSOS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS-SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre-UFCSPA/UNASUS, para
obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família e comunidade.

Orientador:

PORTO ALEGRE RS

2017

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO

Graduada em Medicina pela Universidade Bolivariana de Venezuela me chamo Mayra Suzane Goiana Garcia, realizei meu revalida pela Universidade Federal de Roraima e atualmente trabalho na Unidade Básica de Saúde - UBS Mãe Anisia em São Domingos-SE.

A referida UBS abrange aproximadamente 2890 usuários, em um município com cerca de 11.053 habitantes, (IBGE, 2010). O atendimento prestado é em sua maioria em nível de complexidade primário, tendo ainda atendimento de alguns quadros agudos (urgência) que quando necessários são encaminhados para serviços de maior complexidade em outros centros urbanos.

O fluxo de pacientes é bem grande pela falta de uma unidade mais completa para atendimentos de emergência, como consequência, a ampla procura para atendimento de consultas espontâneas prejudica o funcionamento de toda agenda programada voltada para prevenção, promoção e realização de visitas domiciliares. Justamente por este perfil de usuários e demandas na unidade pode-se dizer que há uma priorização de tratamentos de doenças agudas e crônica-agudizadas.

Foi realizada uma reunião com a equipe assistencial visando o levantamento do diagnóstico situacional dos usuários adscritos na UBS. Foram analisados prontuários, descrições e relatos dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e considerações de cada um dos profissionais presentes. Verificou-se que os principais problemas foram questões socioeconômicas e a grande prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis como o Diabetes Mellitus-DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS. Verificou-se ainda que tais patologias na comunidade são mais prevalentes na população idosa, que necessitam de intervenção imediata, buscando reduzir riscos associados à complicação das patologias como amputações de membros, Acidentes Vasculares Encefálicos, dentre outros.

Ao atuar em Atenção Primária à Saúde - APS o profissional passa a ter condições de manter um contato maior com a comunidade. Através de tal longitudinalidade nos cuidados e possível então identificar problemas passíveis de intervenção que promovam maior condição de saúde e melhora qualidade de vida na população. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial.

A maioria absoluta da população idosa sofre com DCNT como a HAS e o DM, em nossa comunidade esta realidade não é diferente. Tem-se um número considerável de idosos hipertensos e diabéticos, uma baixa adesão ao tratamento proposto, e consequentemente grande índice de agravos como amputações de membros e doenças cardiovasculares debilitantes. Diante disso, optou-se por desenvolver um projeto de intervenção voltado à promoção da saúde dos idosos, com orientação e controle do Diabetes e HAS.

2 CASO CLINICO

Diabetes Mellitus

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exigem uma aliança médico-paciente para adesão à terapia. Cita-se Diabetes Mellitus II (DM II) como exemplo, causando alta morbimortalidade. No Brasil em 2005 11% (5 milhões) de indivíduos com 40 anos ou mais eram diabéticos. Na Equipe I da UBS de São Domingos-Sergipe, 7,2% (215 pacientes) são portadores de DM II. O Diabetes Mellitus (DM) é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil.

O tratamento do paciente diabético inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas, visando estabelecer o equilíbrio do metabolismo. Justificativa: a adesão ao tratamento por parte dos pacientes ajuda a prevenir condições sistêmicas fulminantes como infartos, acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e amputações. Cerca de 6% da população brasileira possui DM (WHO, 2011).

No diabetes mellitus (DM) há a dificuldade ou inexistência da produção de insulina necessária para o organismo. O efeito do diabetes não controlado é a hiperglicemia. Brito e Volp (2008) asseguram que DM é o nome dado ao grupo de disfunções crônicas que impossibilitam o organismo de processar e aproveitar aproveitados os alimentos com vistas à fabricação de energia necessária para a vida. Há, portanto, mudanças no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas.

No que diz respeito à classificação, tem-se duas formas principais de diabetes denominadas de Tipo 1 (DM1) e Tipo 2 (DM2). Associam-se a essas formas os estados de intolerância à glicose, o diabetes gestacional e o diabetes originado por doenças pancreáticas. Sob o ponto de vista de saúde pública, o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas como o DM é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo. As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM são devastadoras, sendo a doença responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008).

A expectativa de vida é reduzida em média em cinco a sete anos em pacientes com DM2. Os adultos com DM têm risco maior, duas a quatro vezes, de doença cardiovascular (DCV) em comparação com os não diabéticos, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006). Essas complicações são responsáveis por 65% da mortalidade por DM e fazem do DM a sétima maior causa de morte nos Estados Unidos. O DM é também a causa mais comum de 17 amputações não

traumáticas de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008).

Embora o risco de desenvolver DM2 ao longo da vida seja alto, nossa capacidade em prever e prevenir o DM2 na população em geral ainda é limitada. Além disso, a efetividade da detecção precoce por meio de rastreamento em massa de indivíduos assintomáticos ainda não foi definitivamente comprovada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Contudo, o DM preenche critérios bem estabelecidos para condições nas quais a detecção precoce é apropriada: é uma doença comum, com prevalência crescente, impõe grande carga aos serviços de saúde, é de fácil diagnóstico, e medidas efetivas para a prevenção de suas complicações podem ser tomadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION,

2011). As metas de prevenção do diabetes são retardar o aparecimento da doença, preservando a função das células beta, e prevenir ou retardar complicações micro e macro vasculares. Os indivíduos comprovadamente com maior risco de desenvolvimento de diabetes incluem aqueles com glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG), fases pré-clínicas da doença, e especialmente aqueles com GJA e TDG combinadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; VEGT, 2001). O diabetes atinge comumente a população brasileira de forma silenciosa sendo que, cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Sabe-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2006; BRITO et al., 2008).

O tratamento do diabetes possui regras complexas muitas vezes difíceis de serem seguidas, porém, verifica-se na literatura que quando o paciente possui conhecimento substancial sobre a doença e de todos os aspectos que a envolvem, a probabilidade de aderir às recomendações do tratamento aumenta (PACE et al., 2006; CHITTLEBOROUGH et al., 2002)

Na unidade que trabalho vivencio diariamente pacientes Diabéticos descompensados que não apresentam boa adesão ao tratamento.

Para isso resolvi fazer algumas intervenções diante de vários casos vivenciados.

Consulta direcionada: A consulta direcionada consiste em uma consulta do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 ou 2, que necessita de controle e

acompanhamento médico. Serão elaborados prontuários médicos que constem exames de glicose de jejum e resistência insulínica, comprovando o diabetes, e anotações clínicas. Na consulta direcionada, o médico realiza o exame físico e clínico e observa as prioridades, necessidades e vontades do seu paciente. Além disso, observa os pontos em que o paciente é mais resistente e os pontos em que o mesmo é mais receptivo e aberto a implementação de condutas.

O médico deve considerar aqui, o indivíduo como ser único e complexo, ressaltando para ele a importância das medidas preventivas, o risco da doença e os benefícios do tratamento proposto, seja ele um tratamento medicamentoso, injeções de insulina e/ou controle nutricional.

Criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) :Essa medida consiste em atender os pacientes em um grupo chamado HIPERDIA. O paciente passará a frequentar reuniões semanais onde haverá 15 palestras do médico e de enfermeiros com auxílio de técnicos de enfermagem e outros profissionais convidados. Essas palestras educativas terão como temas: alimentação e a prevenção de doenças, qualidade de vida e o diabetes, hipertensão e diabetes: como combatê-los? e atividade física e o diabetes. Uma vez por mês, haverá a Caminhada da Saúde realizada pelos pacientes membros do grupo HIPERDIA, que deverão fazer um percurso de 2Km em prol da divulgação da importância da adequação de hábitos saudáveis para manutenção da saúde mediante as doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Elaboração de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus: Serão elaborados panfletos, de conscientização da população de São Domingos, que serão espalhados pela cidade, orientando os pacientes a procurarem atendimento no ESF mais próximo de suas casas. Nesses panfletos, será dada ênfase na importância das pessoas procurarem prevenir o diabetes por meio de consultas nas unidades básicas e também, se diagnosticados, buscarem um controle da doença junto a equipe de saúde. No panfleto, deverá ser divulgado o grupo HIPERDIA.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Ao verificar os casos indicados para realização desta atividade, pude notar que a realidade que vivencio na unidade que atuo é bem parecida com grande parte dos casos demonstrados até aqui, em especial o caso 11 é um dos que mais chama atenção pois trata da obesidade, alimentação e doenças provenientes dessas má praticas.

No que diz respeito ao Atendimento às gestantes Pré-natal na ESF que atuo dispomos:

- Realização dos exames durante o pré-natal;
- Encaminhamento de pré-natal para unidades de referências (gestantes de alto risco) e incluindo transporte caso seja necessário.
- Encaminhamento da gestante ao local onde será realizado o parto desde o período em que realiza o pré-natal;
- Implantação de ações voltada para o cuidado à puérpera e recém-nascido;

Atenção e cuidado a criança- puericultura:

- Ações que viabilizam a promoção do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida e da alimentação complementar saudável;
- Acompanhamento da puérpera e da criança através de visitas domiciliares com o apoio do ACS desde a primeira semana após a realização do parto;
- Busca ativa de puérperas de risco ou em situação de vulnerabilidade expostas a fatores de risco externos;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica objetivando o fortalecimento de vínculo da equipe com a criança e familiares;
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos para a puérpera.

Atenção à Saúde Mental:

Quanto a saúde mental a unidade conta somente com o apoio do NASF, haja vista que não contamos com CAPS na cidade em que atuo, nos casos que somente necessitam de terapias ou acompanhamento que não requer de

medicações encaminhamos a psicóloga do NASF. Já resolutividade de casos de depressão, esquizofrenia e psicose em usuários diagnosticados com problemas relacionados a saúde mental, existe o encaminhamento para o profissional (Psiquiatra) na cidade vizinha.

Reflexão:

A unidade em que atuo vem desenvolvendo ações preventivas com a prática de educação em saúde que possibilita a conscientização do paciente quanto a sua condição

de saúde e aderir a melhor forma de assistência ou tratamento. Dessa maneira compreende-se que o processo de trabalho da unidade vem realizando o que preconiza o ministério da saúde.

4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE EM DOMICILIO

O ESF na qual atuo se chama Marcelo Deda localizada na cidade de São Domingos-Sergipe, localizada no centro da cidade. Realizo visita domiciliar duas vezes na semana Quarta e Quinta feira 5 pacientes por dia, a depender da demanda, quais pacientes serão visitados fica estabelecido através das reuniões semanais e pelos ACS que já conhecem a comunidade e sabe realmente quem necessita. No geral o que mais requer atendimento durante semana são os pacientes crônicos portadores de DM Tipo II, HAS Descompensada e pacientes com problemas mentais, já as agudas no geral se resume nas Síndromes Febris e diarreias, a maior dificuldade que enfrento é o acesso, alguns pacientes moram em Serras o que me dificulta chegada até as residências, no geral a secretaria de saúde disponibiliza o transporte para minha ida as casas.

Neste tópico gostaria de relatar uma visita domiciliar que realizei há aproximadamente 1 mês de uma paciente Idosa de 65 anos, Diabética e Hipertensa, com amputação recente do Membro Inferior Esquerdo, filha relata que a mesma não toma medicações regularmente tão pouco segue dieta para suas enfermidades, questionada a mesma relata que a medicação tem gosto amargo e que os alimentos não fazem nenhum dano a sua saúde, outro fato que me chamou atenção é que a paciente acredita ainda possuir o membro, se nega a usar muletas para ajudar a caminhar, durante visita tentei explicar tudo de forma bem clara para que a mesma tentasse aderir ao tratamento, mesmo assim não foi possível então solicitei visita do Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, desde ai iniciamos um plano de intervenção e estamos conseguindo lograr melhores resultados, vale ressaltar que tudo é registrado em prontuário manual e no ESUS de visita domiciliar em conjunto, nesses casos mais complexos agendo retorno em 2 semanas para acompanhar desenvolvimento da paciente. Faço questão de ter ao lado o cuidador para que ele também participe em todo o processo.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A especialização em Saúde da Família me fez refletir mais sobre como é realmente que devemos tratar nosso paciente em consultas, como devemos acolher,

ajuda-lo a seguir um tratamento, a modificar hábitos alimentares e de vida, foi de muita importância para meu desenvolvimento profissional, me fez colocar em pratica diariamente todos os conceitos aprendido no decorrer dos 6 anos que estudei na Universidade, foi uma forma de desenvolver meu lado HUMANO, me colocar do outro lado, pensar como seria se fosse eu sentada na cadeira oposta, como eu queria ser tratada, como queria ser atendida.

No início confesso que achei cansativo, longo, porém a forma com que a plataforma foi montada, fez com que ficássemos vidrados na tela do computador esperando qual seria a próxima fala na rádio, o desfecho das reuniões, me fez viajar nas histórias e me colocar no lugar que acontecia, os casos complexos foi a melhor parte de todo o curso pois mostrava nossa realidade, o que vemos todos os dias, as discussões nos fórum foram de suma importância, pude ver em todas as regiões como meus colegas se comportavam, o que faziam, quais protocolos, poderia deixar aqui não como reclamação e sim como crítica construtiva, que houvesse de alguma forma uma melhor forma de contato com o tutor, algumas vezes deixávamos mensagens e não obtínhamos respostas, no geral tenho plena certeza que levarei comigo todo ensinamento adquirido e colocarei em pratica sem dúvida, só tenho a agradecer a Universidade pela oportunidade e dar ênfase que os pontos positivos sobressaem aos negativos.

ANEXO PROJETO DE INTERVENÇÃO

**MELHORA DO CUIDADO DOS PACIENTES IDOSOS COM DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL DO MUNICIPIO DE SÃO
DOMINGOS-SERGIPE.**

SERGIPE

2017

INTRODUÇÃO

São Domingos é uma cidade com cerca de 11.053 habitantes, (IBGE, 2010).O atendimento é direcionado para atenção primária e para os agudos (urgência). O fluxo de pacientes é bem grande pela falta de uma unidade mais completa para atendimentos de emergência, como consequência, a ampla procura para atendimento de consultas espontâneas prejudica o funcionamento de toda agenda programada voltada para prevenção, promoção e realização de visitas domiciliares. E por este motivo damos prioridade para tratamentos de doenças agudas e crônica-agudizadas. Realizamos nessa unidade, uma reunião para levantamento do diagnóstico situacional dos usuários adscritos nessa UBS. Pretendíamos com isso identificar o perfil dessa população, suas necessidades e estado de saúde. Como problemas principais, encontramos os socioeconômicos, e a prevalência de doenças crônicas, em especial, a diabetes e hipertensão arterial. Para haver melhor entendimento desses pacientes, analisamos os prontuários e juntamente com as informações colhidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificamos que há nesse grupo, uma alta prevalência de diabetes e

hipertensão arterial em especial na população idosa e na maioria, sem o controle adequado.

Em buscas realizadas nas literaturas científicas, podemos concluir que o Diabetes Mellitus é um conjunto de distúrbios metabólicos, e não apenas uma única doença. Este se dá pelo defeito na secreção ou na ação da insulina, um hormônio responsável pela redução da glicemia. Esse defeito leva assim a Hiperglicemia, que é o principal sintoma do diabetes. Atualmente esse distúrbio é considerado um grande e sério problema de saúde pública, pois já atingi grande parte da população e apresentar sérios riscos à saúde do indivíduo (SBD, 2009). A Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe. A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa a angina que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o tratamento adequado, bem conduzido por médicos. (SBHAS 2015).

O estilo de vida das pessoas hoje tende a ser cada vez mais sedentário, e associado à alimentação incorreta, à obesidade, à urbanização e estresse e ao envelhecimento da população, a prevalência do diabetes tem aumentado. Além disso, muitas pessoas sabem que possuem diabetes e hipertensão arterial, mas não fazem tratamento, não possuem acompanhamento médico, logo, não realizam o controle glicêmico e pressórico adequado, o que leva a maior chance de complicações em outros órgãos, podendo até mesmo levar ao óbito (BRASIL, 2006).

Diante da prevalência desse distúrbio na população da ESF em questão, e dos riscos desse quadro, optamos por criar medidas de intervenção para tratar esses pacientes, melhorando o cuidado voltado para esse público, visando assim maior controle glicêmico e pressóricos prevenção de complicações e promoção da qualidade de vida nesse grupo. Para isso, contaremos com ações multiprofissionais, na unidade e em especial, faremos visitas domiciliares periódicas, para maior controle e cuidado desses pacientes.

JUSTIFICATIVA

No diagnóstico situacional que fizemos, identificamos um grupo de idosos com alta prevalência de diabetes e Hipertensão Arterial de acordo com os dados coletados pelos ACS da equipe e o total de idosos com até 65 anos com diabetes e hipertensão arterial é de 200 pacientes, direcionaremos nossas ações. Percebemos que nesse grupo o controle glicêmico e pressóricos não eram ideais e que eles apresentavam baixa frequência à unidade. Além disso, a própria unidade não conta com programas de apoio a esses pacientes, sendo que o Programa de Cadastro e Acompanhamento de Pacientes com Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) acontece, mas apenas para distribuição de medicações, não havendo, portanto, palestras e ações educativas.

Durante as consultas de rotina desses pacientes, vimos que apresentavam glicemias descompensadas, aumento dos valores da pressão arterial e alguns já apresentavam também complicações, como pé diabético e problemas renais. Percebemos também que muitos, por falta de informação e acompanhamento, não realizavam o autocuidado, e tinham hábitos de vida pouco saudáveis. Considerando que são idosos, e que muitas ações, principalmente as alimentares, por questões culturais,

são grandes desafios, entendemos ser fundamental implantar ações que envolvam esse cuidado. Assim, sabendo dos riscos que a falta de controle da glicemia e da pressão podem ocasionar na saúde e qualidade de vida desses pacientes, da necessidade de autocuidado, de adoção de hábitos saudáveis, do acompanhamento adequado, e principalmente pelo fato do público idoso ser ainda mais vulnerável a complicações, entendemos que é necessário e urgente que façamos ações para esse público.

O acompanhamento domiciliar periódico dos diabéticos e hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da ESF, pois é o momento que o médico possui para interagir com sua realidade, momento de comunicação e da criação de um vínculo, de avaliar o ambiente em que se encontra inserido, de iniciar busca ativa de fatores que propiciam ou não a adesão do paciente ao tratamento. Assim, o acompanhamento desses pacientes é de grande importância para controle e estabilização da doença devido às complicações crônicas como retinopatia diabética, insuficiência renal, e neuropatia diabética, além da probabilidade maior para desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando descompensado e sem acompanhamento clínico.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Desenvolver ações de intervenção para cuidado dos pacientes idosos com Diabetes mellitus e hipertensão arterial para maior controle de glicemia e pressão e prevenção de complicações na área do ESF Marcelo Deda.

Objetivos Específicos

- Estimular a periodicidade de visitas domiciliares médicas para acompanhamento a fim de prevenir complicações futuras;
- Implantar ações educativas e de acolhimento dentro do Hiperdia, para esses pacientes;
- Desenvolver ações multiprofissionais que visam adesão desses pacientes ao tratamento, à frequência na unidade, à adoção de hábitos saudáveis e o estímulo ao
- Autocuidado.
- Presença de familiares para facilitar adesão e tratamento dos idosos.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos dos módulos e outros textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para busca dos pacientes com diabetes mellitus e hipertensão foi utilizado como base de levantamento de dados os ACS haja vista que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não vem sendo alimentado em nosso estado há alguns anos e por este motivo estamos com dados desatualizados. Ficha A. Os pacientes serão agrupados de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1- Estratificação de risco para a pessoa com Diabetes Mellitus

Risco Crítico

Baixo: Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.

Médio: Pessoa com DM diagnosticado

Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados.

Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses.

Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia).

Alto: Pessoa com DM diagnosticado

Controle metabólico ($7,5 < \text{HbA1c} < 9$) ou pressórico inadequado,

Com Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)

Muito Alto: Pessoa com DM diagnosticado

Controle metabólico ($7,5 < \text{HbA1c} < 9$) ou pressórico inadequado

Com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado). Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Quadro 2- Estratificação de risco para a pessoa com Hipertensão Arterial

Classificação (JNC7)

Pressão sistólica (mm/hg)	Pressão diastólica (mm/hg)
Hipertensão de grau I 140–159	90–99
Hipertensão de grau II ≥ 160	≥ 100

Hipertensão sistólica isolada ≥ 140	< 90
------------------------------------------	--------

Pacientes com Alto ou Muito Alto Risco Cardiovascular:

- PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg;
- PAS > 160 mmHg com PAD < 70 mmHg;
- Diabetes mellitus;
- Síndrome Metabólica;
- Presença de > 3 Fatores de Risco Cardiovascular;
- Um ou mais dos seguintes danos sub-clínicos:
 - HVE (ECG ou ECO)
 - Espessamento (IMT) ou presença de placa carotídea
 - Depuração de Cr estimada (<60 ml/min/1,72m²)
 - Microalbuminúria ou Proteinúria
- Assimetria de pulsos femurais (Índice tornozelo-braquial<0.9)

Quadro 3 - Números de pacientes com Diabetes por microárea

Idosos Diabéticos: 82

Idosos Hipertensos: 118

Total: 200

Fonte: Busca Ativa dos ACS e registros de prontuários.

Os ACS de cada micro área irão realizar busca ativa dos idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial. A Equipe Família Saudável selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Abaixo constam os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe:

- Falta de uso de medicações para HAS
- Falta de controle da glicemia;
- Falta de conhecimento da população sobre os riscos e os cuidados necessários;
- Falta de visitas domiciliares específicas e frequentes para esse grupo;

- Falta de atualização da equipe sobre o assunto.

Ao longo do trabalho serão definidos as ações, recursos, profissionais envolvidos, produtos, resultados esperados, estratégias, gestão e cronograma de cada ação desenvolvida para os nós críticos determinados. Além das ações, realizou-se, para o embasamento do assunto, uma revisão da literatura sobre o tema, tomando como referência os descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2014): Idoso. Diabetes. Hipertensão Arterial. Assistência Integral à Saúde. Qualidade de Vida.

REVISÃO DA LITERATURA

Envelhecimento

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) classifica como idoso todo o indivíduo com idade superior a 60 anos, sem distinção de cor, raça ou gênero. O processo de envelhecimento afeta a vida do idoso ao longo do tempo de formas diversas. Em geral, essas formas de envelhecimento são graduais e, consideradas, portanto, um processo natural e de acordo com os ciclos de vida ou mais rápido com agravos ou doenças. O envelhecer está diretamente relacionado com os determinantes sociais em saúde (FECHINE & TROMPIERI, 2012). Em todo o mundo a população idosa tem aumentado significativamente, e no Brasil acontece um aumento importante que coloca o país, segundo projeções para 2030, na sexta posição mundial (IBGE, 2013).

Esse aumento leva também a uma grande preocupação em nível de saúde pública por trazer consigo uma sobrecarga de doenças crônicas, além de problemas em nível da previdência social. Os idosos, pelo processo de envelhecimento, sofrem alterações no corpo e metabólicas (por exemplo, diminuição da densidade óssea, aumento da gordura corporal), o que os torna mais vulneráveis, inclusive com aumento de internações hospitalares. Estas alterações podem levar a distúrbios nutricionais, como por exemplo, sobrepeso e obesidade (MENEZES & MARUCCI, 2005; ARNOLD et al 2010; SANTOS et al., 2013).

Nessa fase da vida, os indivíduos ficam mais propensos também a alterações psíquicas, como demência e perda da cognição com consequente perda da autonomia. Essas alterações são alguns fatores associados com o sedentarismo e reclusão social. Além disso, ocorrem alterações do paladar e alterações do trato gastrointestinal (BENEDETTI et al., 2008).

Outras modificações que devem ser mencionadas são as do aparelho respiratório, que por reduzir a elasticidade do músculo eleva a pressão arterial e pode, em longo prazo, levar ao

desenvolvimento de complicações cardiovasculares e cerebrais, como infarto do miocárdio, e acidente vascular cerebral (DUARTE & DIOGO, 2005). Segundo estatísticas, 70% dos idosos apresentam hipertensão arterial e 25% já sofreram complicações por essa causa (BRASIL, 2006a).

Ainda, ocorre com muita frequência o aparecimento de depressão e transtornos cognitivos que colaboram para maior afastamento do convívio social, perda da qualidade de vida e incapacidade. Esse quadro pode ser agravado na presença de outras doenças e em casos de negligência familiar (SILVA et al., 2012). Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado, e de forma especial entre os idosos. Esse aumento é influenciado por alguns fatores não modificáveis como idade e genética e, outros, considerados modificáveis, como a obesidade, estresse, sedentarismo. Além de fatores intermediários como a hipertensão arterial e diabetes. As DCNT são de origem não infecciosa e atuam ao longo da vida, mesmo em condições de boa saúde, aumentando as décadas, sendo responsáveis por um grande percentual de óbitos (CASADO et al., 2009).

As DCNT são doenças multifatoriais que já são causa de morte de 63% da população. Entre essas doenças podemos citar: o câncer; as doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, angina, aterosclerose; as respiratórias, como asma, bronquite e a pulmonar obstrutiva crônica; e as doenças metabólicas, como obesidade, dislipidemia, hipo e hipertireoidismo e, finalmente, o diabetes (MALTA & MERHY, 2010).

DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica prevalente e já considerada um problema de saúde pública não apenas por sua prevalência mais também por apresentar alta morbidade e mortalidade. É prevalente em pessoas com idade acima de 65 anos, atingindo, em média, 21% dessa população (ALBORGHETTI et al., 2012).

O DM apresenta-se com uma evolução crônica, especialmente pelo estilo vida inadequado dos indivíduos, como uma alimentação incorreta e falta de prática de exercícios físicos. A prevalência do DM se dá em especial entre os idosos, e seu estudo é importante devido ao aumento desta população, o que, concomitante, leva ao aumento do número de casos de indivíduos com diabetes (BENFICA & RABELO, 2011).

O DM é uma doença multifatorial, que tem por base um conjunto de disfunções metabólicas gerados por um defeito na secreção ou ação da insulina, promovendo assim, aumento nas taxas de açúcar no sangue. Essas disfunções causam destruição das células

beta do pâncreas, que produzem insulina, o que gera deficiência na secreção deste hormônio, bem como resistência a ele (BRASIL, 2006).

A insulina é um tipo de hormônio responsável por regular o nível de glicose sanguínea. Ele faz com que o açúcar obtido pela alimentação seja absorvido pelas células para ser usado no processo de produção de energia. Se esse processo de absorção da glicose pelas células falhar, este se acumula no sangue e causa desequilíbrio osmótico (ALVES, 2006). Para fazer com que o meio extracelular volte ao equilíbrio, os rins, ao filtrarem o sangue, trabalham para eliminar o açúcar por meio da urina. Assim, é característico do paciente com hiperglicemia urinar com maior frequência (poliúria) e ter sede excessiva (polidipsia). Além desse quadro, o indivíduo diabético apresentam os seguintes sintomas; cansaço, fraqueza, polifagia, hiperidrose e perda de peso (SBD, 2001).

Atualmente considera-se o DM como um importante problema de saúde pública pelo elevado número de pessoas afetadas, em especial de idosos, pelo elevado custo do controle e tratamento e, principalmente, pelas complicações que causam na saúde do indivíduo. Essas complicações podem ser: doenças coronarianas e renais, cegueira, amputações de membros inferiores. Quando o doente não realiza o tratamento adequado para evitar as complicações citadas, pode ocasionar insuficiência de vários órgãos, como olhos, rins, coração e vasos sanguíneos (OLIVEIRA & MILECH, 2006).

Um dos maiores obstáculos enfrentados em relação a essa doença é a baixa adesão do paciente ao tratamento proposto. É necessário que ele tenha novos estilos de vida, monitoramento diário da glicemia, uso do medicamento de forma regular e alimentação balanceada. Se, no entanto, não houver controle da glicemia, o indivíduo poderá ter complicações levando a internações e até mesmo morte prematura, ou seja, antes dos setenta anos de idade (PÉRES, 2007; FARIA, 2008).

A classificação do DM se faz em quatro grupos; o DM tipo I, o DM tipo II, o DM gestacional e o DM decorrente de falhas genéticas. Porém, neste presente estudo, levaremos em consideração os dois primeiros tipos, mas com maior enfoque para o DM II. O diabetes mellitus tipo I ocorre devido à destruição completa das células do pâncreas, que levam a uma deficiência total na produção da insulina (ADA, 2013). J

o diabetes mellitus tipo II tem por característica uma deficiência na secreção e ação da insulina, associada à menor resposta das células à presença da insulina, ou seja, quando as células precisam de cada vez mais insulina para absorver a glicose do sangue. Esse descontrole é chamado de resistência à insulina e causa sobrecarga das células beta-pancreáticas, produtoras de insulina (ADA, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o DM tipo I é uma doença crônica que pode ocorrer em indivíduos de idades diferentes, mas, mais predominantemente em jovens, com idade até 14 anos. O DM tipo II afeta com mais frequência indivíduos adultos, em especial os com mais de 40 anos de idade, como no caso dos idosos. A resistência insulínica característica do DM tipo II geralmente está associada à presença de outras complicações metabólicas como obesidade e dislipidemia, e complicações cardiovasculares, como a hipertensão arterial (ADA, 2013). Alguns fatores são considerados de risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus. Entre eles, tem-se; excesso de peso, idade maior que 45 anos, histórico familiar, hipertensão arterial e complicações cardiovasculares, dislipidemia e sedentarismo. Quanto aos sintomas, os mais comuns de ocorrerem são: fadiga, fraqueza, letargia, infecções recorrentes, polifagia associada à perda de peso involuntária, poliúria, polidipsia e hiperidrose (DUCAN et al., 2013). A partir do momento em que o paciente é diagnosticado como diabético é necessário um período para que este se ajuste à doença e aceite sua condição. Inicialmente, alguns recebem o diagnóstico com negação e até mesmo depressão. São exigidas, assim, mudanças que envolvem não apenas o indivíduo, mas também sua família. Os profissionais de saúde devem procurar compreender e buscar apoios para o tratamento, tanto familiar como social (STRAUB, 2005).

Frente à dificuldade do paciente a se aderir ao tratamento, é necessário um cuidado e uma atenção constante a esse indivíduo. O DM é uma doença que causa grande sofrimento, sendo assim, de fundamental importância um acompanhamento médico contínuo, bem como o envolvimento de outros profissionais da equipe Saúde da Família (ASSUNÇÃO et al., 2002).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

A maioria das Diretrizes recomendam que o diagnóstico deve ser definido com PAS > 140 e PAD > 90mmHg, ou ambas, em medidas repetidas, para adultos > 18 anos, embora para pacientes com 80 anos ou mais, é aceitável PAS de 150mmHg.

O objetivo terapêutico é reduzir a valores inferiores aos usados para o diagnóstico. Essas definições são baseadas nos resultados dos maiores estudos clínicos, que mostraram benefícios com o tratamento de pacientes com aqueles níveis pressóricos. Embora o nível pressórico de 115/75mmHg seja o ideal, não há evidências que justifiquem reduzir a PA para níveis tão reduzidos. Algumas Diretrizes recomendam valores inferiores (130/80mmHg) para pacientes diabéticos ou com doença renal, porém não há evidência demonstrada de benefícios reduzir a PA para esses níveis, e, mesmo para esse grupo de pacientes, a PA deve ser reduzida para valores <140/90mmHg.

Classificação da Hipertensão Arterial:

- Pré-hipertensos: Pacientes com PAS entre 120-139mmHg ou PAD entre 90-99mmHg. Pacientes nessa condição não devem ser tratados com medicação, mas encorajados a modificar o estilo de vida para retardar ou mesmo prevenir a hipertensão.

- Estágio 1: Pacientes com PAS entre 140-159mmHg ou PAD entre 90- 99mmHg;

- Estágio 2: Pacientes com PAS > 160mmHg ou PAD > 100mmHg.

- Recomendações para o diagnóstico e seguimento:

- Medida da PA no consultório:

As medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, se houver diferença, deve-se utilizar como referência o braço com maior valor para medidas subsequentes. A posição recomendada é a sentada. As medidas em posição ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação e em todas as avaliações de idosos, diabéticos, portadores de disautonomia, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva.

- Automedida da PA (AMPA):

Realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, representando importante fonte de informação adicional. Permite obter estimativa mais real dessa variável.

- Monitorização residencial da PA (MRPA):

A MRPA é o registro da PA, que pode ser realizado obtendo-se três medidas pela manhã, em jejum, antes do desjejum e da tomada do medicamento e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, pelo paciente ou outra pessoa capacitada, com equipamentos validados. São considerados anormais valores da PA $> 130/85\text{mmHg}$.

- Monitorização ambulatorial da PA de 24h (MAPA):

A MAPA é o método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24h ou mais, durante os períodos de vigília e sono. Permite identificar alterações do ritmo circadiano, sobretudo durante o sono, que têm implicações prognósticas consideráveis. Tem-se demonstrado superior às medidas em consultório em prever eventos clínicos, tais como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal e retinopatia. São considerados anormais as médias de PA de 24h $> 125/75\text{mmHg}$, vigília $> 130/85\text{mmHg}$ e sono $> 110/70\text{mmHg}$. Deve ser considerada em: a) suspeita de hipertensão do avental branco; b) avaliação de eficácia terapêutica anti-hipertensiva; c) quando a PA casual permanecer elevada, apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo para diagnóstico de HA resistente ou efeito do avental branco; d) quando a PA casual estiver controlada e houver indícios de persistência ou de progressão de lesão de órgãos-alvo; e) avaliação de normotensos com lesão de órgãos-alvo; f) avaliação de sintomas, principalmente hipotensão. Não deve ser indicada de rotina para diagnóstico de HAS.

Normotensão verdadeira:

Considera-se normotensão verdadeira se as medidas de consultório forem normais, desde que atendidas todas as condições para sua verificação. Adicionalmente, deve-se considerar médias de pressão na AMPA ou MRPA ou, ainda, no período de vigília pela MAPA $< 130/85\text{mmHg}$.

Hipertensão:

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica $\geq 140\text{mmHg}$ e/ou de PA diastólica $\geq 90\text{mmHg}$ em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

Hipertensão sistólica isolada:

Hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal. A hipertensão sistólica isolada e a pressão de pulso são fatores de risco importantes para doença cardiovascular em pacientes de meia-idade e idosos.

Hipertensão do avental branco:

Define-se hipertensão do avental branco quando o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) no consultório e medias de PA consideradas normais seja na residência, pela AMPA ou MRPA, ou pela MAPA. Evidências disponíveis apontam para pior prognóstico cardiovascular para a hipertensão do avental branco em relação aos pacientes normotensos. Até 70% dos pacientes com esse comportamento de PA terão HAS pela MAPA e/ou MRPA em um período de dez anos.

Hipertensão mascarada:

É definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório ($< 140/90$ mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA. Em diversos estudos, a prevalência de hipertensão mascarada variou de 8% a 48%. Esta condição deve ser pesquisada em indivíduos com PA normal ou limítrofe e mesmo nos hipertensos controlados, mas com sinais de lesões em órgãos-alvo, histórico familiar positivo para HAS, risco cardiovascular alto e medida casual fora do consultório anormal. Os pacientes portadores de hipertensão mascarada devem ser identificados e acompanhados, pois apresentam risco de desenvolver lesões de órgãos-alvo de forma semelhante a pacientes hipertensos.

- Causas da Hipertensão:

Hipertensão primária:

Cerca de 95% dos adultos com PA elevada tem hipertensão primária (essencial). A causa não é conhecida, embora fatores genéticos e ambientais estão envolvidos. Fatores ambientais incluem ingestão elevada de sal, obesidade, álcool e, possivelmente, sedentarismo. Outra causa de hipertensão é a rigidez da aorta com a idade, responsável pela hipertensão sistólica isolada do idoso.

Hipertensão secundária: Responsável por 5% dos casos de hipertensão. Entre as principais causas encontra-se: doença renal crônica, estenose de artéria renal, secreção excessiva de aldosterona, feocromocitoma e apneia do sono.

- Fisiopatologia:

Vários mecanismos neuro-humorais podem estar ativados, de maneira isolada ou associada: sistema nervoso simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona e sistema caliceína-cininas.

Pode haver defeito na natriurese, alterações intracelulares dos íons sódio e cálcio, bem como fatores exacerbantes: obesidade, ingestão excessiva de sódio e álcool, baixa ingestão de potássio e

cálcio e apnéia do sono. Esses fatores inicialmente induzem aumento da volemia e do débito cardíaco e, posteriormente, aumentam a resistência arterial periférica que é responsável pela manutenção dos níveis pressóricos. Policitemia e anti-inflamatórios não-esteróides podem também contribuir, especialmente em pacientes propensos à HAS.

QUADRO CLÍNICO

Indivíduos com HAS cursam, em geral, longos períodos de maneira assintomática ou oligossintomática. Achados clínicos e laboratoriais estão principalmente relacionados ao acometimento de órgãos-alvo: coração, rins, cérebro, fundo de olho e artérias periféricas. A manifestação mais frequente é cefaleia, porém muito inespecífica e guarda pouca relação com aumento da PA ocasional. Está mais relacionada a um quadro de crise hipertensiva, ou encefalopatia hipertensiva, quando a cefaléia é predominantemente em região occipital. Alterações visuais, como escotomas cintilantes, também são relacionadas a um aumento abrupto da PA.

- Indícios de hipertensão secundária:

Achados de história, exame físico, fâcies e biótipo e exames complementares, podem fornecer indícios de HAS secundária, a saber:

- Roncos, sonolência diurna e síndrome metabólica, levantam a suspeita de apnéia obstrutiva do sono;
- Início da HAS antes dos 30 anos pode ser decorrente de displasia fibromuscular das artérias renais, ou, após os 50 anos, conseqüente a aterosclerose de artérias renais;
- Hipertensão resistente ao tratamento e/ou com hipocalcemia e/ou nódulo adrenal levantam a suspeita de hiperaldosteronismo primário;
- Hipertensão paroxística com cefaléia, sudorese e palpitações sugerem feocromocitoma;
- Uso de simpaticomiméticos, perioperatório, estresse agudo e taquicardia estão relacionados a catecolaminas em excesso;
- Ganho de peso, fadiga, fraqueza, hirsutismo, amenorréia, fâcies em “ lua cheia”, corcova dorsal, estrias purpúricas, obesidade central e hipopotassemia caracterizam a síndrome de Cushing;
- Presença de massas abdominais em flancos sugerem rins policísticos;
- Sopros sistólico/diastólico abdominal, edema pulmonar súbito, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema reninaangiotensina podem caracterizar doença renovascular;
- Pulsos femurais reduzidos ou retardados, Rx de tórax anormal ocorrem em coarctação de aorta;

- Insuficiência renal, doença cardiovascular aterosclerótica, edema, ureia elevada, aumento da creatinina, proteinúria/hematúria sugerem doença renal parenquimatosa;
- Fadiga, ganho de peso, perda de cabelo, hipertensão diastólica, fraqueza muscular configuram hipotireoidismo;
- Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores e taquicardia são achados de hipertireoidismo;
- Cefaleia, fadiga, problemas visuais, aumento de mãos, pés e língua caracterizam acromegalia.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nessa seção serão apresentadas as ações a serem desenvolvidas mediante cada um dos nós críticos estabelecidos nesse trabalho, os quais são; falta de controle da glicemia, falta de conhecimento da população sobre os riscos e os cuidados necessários, falta de visitas domiciliares específicas e frequentes para esse grupo, falta de atualização da equipe sobre o assunto.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de controle da Glicemia e Pressão Arterial” na população de idosos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, no município de São Domingos.

Nó crítico 1 : Falta de Controle da Glicemia e Pressão Arterial

Operação: Educação em Saúde

Projeto: Grupo de Apoio com os Idosos – Hipertensão

Resultados Esperados : Oferecer informações sobre o Diabetes e Hipertensão Arterial e forma de controle, hábitos saudáveis e terapia medicamentosa.

Produtos esperados : Encontros quinzenais com o grupo e palestras educativas.

Atores sociais/responsabilidades: Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde.

Recursos necessários: Financeiro: aquisição de materiais audiovisuais como panfletos, informativos, vídeos e cartazes. Cognitivo: informações, equipe treinada. Humanos: profissionais de outras áreas da saúde.

Recursos críticos: Financeiro: espaço físico. Político: participação de outros profissionais da saúde.

Quem controla: Secretaria de Saúde, ESF, NASF.

Motivação: Favorável Ação estratégica de motivação Apresentação do Projeto, Busca por parcerias com outros profissionais.

Responsáveis: Médico, Enfermeira, Técnica em enfermagem, ACS.

Cronograma/Prazo: Três meses para organização, busca dos pacientes e o início dos encontros. Encontros quinzenais. Sem data para término.

Gestão, acompanhamento e avaliação: Reunião com a equipe após dois meses do início, para identificar falhas, resultados e possíveis mudanças.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Falta de conhecimento da população sobre os riscos e os cuidados necessários” na população de idosos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

Nó crítico 2: Falta de conhecimento da população sobre os riscos e os cuidados necessários

Operação: Levar informação a toda população da área Projeto Distribuição de folhetos educativos e ação educativa na rua principal com aferição da glicemia e pressão arterial.

Resultados Esperados: Identificar novos casos de Diabetes e Hipertensão na população. Oferecer informações sobre o Diabetes e Hipertensão Arterial; forma de controle, hábitos saudáveis e terapia medicamentosa.

Produtos esperados: Práticas educativas, evento social na rua/prça principal.

Atores sociais/responsabilidades: Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde.

Recursos necessários: Financeiro: aquisição de materiais audiovisuais como panfletos informativos, cartazes, material para aferição da glicemia e pressão arterial.

Cognitivo: informações, equipe treinada. Humanos: profissionais de outras áreas da saúde.

Recursos críticos Organizacional: montagem da estrutura no espaço público.

Político: participação de outros profissionais da saúde. Controle dos recursos críticos /

Viabilidade quem controla: Secretaria de Saúde, ESF, NASF.

Motivação: Favorável Ação estratégica de motivação Apresentação do Projeto, busca por parcerias com outros profissionais e divulgação do evento social.

Responsáveis: Médico, Enfermeira, Técnica em enfermagem, ACS.

Cronograma / Prazo Dois meses para organização. Evento social: uma vez por mês.

Gestão, acompanhamento e avaliação: Reunião com a equipe após evento para analisar os resultados e desenvolver novas ações.

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico “Falta de visitas domiciliares específicas frequentes para esse grupo” na população de idosos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, no município de São Domingos.

Nó crítico 3: Falta de visitas domiciliares específicas e frequentes para esse grupo Operação Aumentar o número e a frequência de visitas domiciliares para esses pacientes.

Projeto: Visitas com outros profissionais para atendimento amplo e integral, com maior controle.

Resultados Esperados : Maior controle glicêmico e pressórico estímulo à adoção do estilo de vida saudável e maior vínculo com o paciente e suas famílias.

Produtos esperados: Visitas frequentes com multiprofissionais em saúde.

Atores sociais/ responsabilidades: Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, Nutricionista, Psicólogos.

Recursos necessários : Cognitivo: informações, equipe treinada. Humanos: profissionais de outras áreas.

Recursos críticos Político: participação de outros profissionais da saúde.

Controle dos recursos críticos :/ Viabilidade

Quem controla: Secretaria de Saúde, ESF, NASF.

Motivação: Favorável

Ação estratégica de motivação: Apresentação do Projeto, busca por parcerias com outros profissionais.

Responsáveis: Médico, Enfermeira, Técnica em enfermagem, ACS.

Cronograma / Prazo : Início imediato. Visitas Domiciliares: duas vezes por semana.

Gestão, acompanhamento e avaliação: Reunião com a equipe no final de cada semana para analisar os casos atendidos nas visitas domiciliares durante a semana.

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “Falta de atualização da equipe sobre o assunto” na população de idosos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família , no município de São Domingos.

Nó crítico 4 : Falta de atualização da equipe sobre o assunto.

Operação: Melhorar o conhecimento da equipe sobre o assunto a fim de aperfeiçoar o atendimento oferecido.

Projeto: Reuniões e cursos de capacitação.

Resultados Esperados: Equipe treinada, com embasamento científico. Atendimento amplo e humanizado.

Produtos esperados: Profissionais preparados.

Atores sociais/responsabilidades: Médico, Enfermeiro, Técnica em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde.

Recursos necessários: Cognitivo: Artigos científicos.

Materiais: Vídeos, questionários.

Recursos críticos Organizacional: Horário e local para realização dos treinamentos.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade: Quem controla: Secretaria de Saúde, ESF, NASF.

Motivação: Favorável

Ação estratégica de motivação: Apresentação do Projeto.

Responsáveis: Médico.

Cronograma / Prazo :Início imediato. Reuniões quinzenais.

Gestão, acompanhamento e avaliação: Questionários após cada reunião, para identificar o rendimento. Pesquisa de satisfação do público quanto ao atendimento através de sugestões e reclamações deixadas em uma caixa na sala de espera da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a toda à equipe envolvida, obter maior conhecimento sobre o assunto, fazendo com que o atendimento voltado para esse público fosse melhorado. Além disso, todo o cuidado fez com que os idosos despertassem para a necessidade do autocuidado, aderindo ao tratamento e melhorando seus níveis glicêmicos e pressóricos. Sabe-se que é o trabalho com o idoso diabético e hipertenso é um desafio diário, pois é necessário intervir em questões culturais, em conceitos e em rotina, que muitas vezes são de difíceis mudanças.

Assim, é necessário atuar de forma não apenas individualizada, mas com cautela, exercendo empatia e escuta. Criar vínculo com o paciente é a forma mais eficaz de leva-lo a seguir todo o tratamento proposto. Espera-se, contudo, que esse cuidado seja continuado, e que a equipe se comprometa com essa atenção especial voltado para os idosos diabéticos e hipertensos. Além disso, espera-se que os familiares dos pacientes e a população em geral tenha consciência da necessidade desse cuidado, e da importância de estimulá-lo entre os idosos para evitar complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial que pode ser ainda mais severa quando associada a complicações próprias do envelhecimento, e assim, promover qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2013. Diabetes Care, Alexandria, v.36, Suppl. 1, jan, 2013.

ALBORGHETTI, K. T.; OLIVEIRA, M. A. S.; SILVÉRIO, M. R. Diabetes mellitus tipo II em pessoas idosas: estratégias utilizadas pelos usuários da rede pública em um município de Santa Catarina. RBCEH. Passo Fundo, v.9, n.2, p.200-212, 2012.

ALVES, C. et. al. Atendimento odontológico do paciente com diabetes mellitus: recomendações para a prática clínica. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 5, n. 2, p. 97-110, 2006.

ARNOLD, A. M.; NEWMAN, A. B.; CUSHMAN, A. et al. Body weight dynamics and their association with physical function, and mortality in older adults: the Cardiovascular. Health Study. J Gerontol A Biol Schi Med Sci., v.65, p.63-70, 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.205-211, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília; 2013. 160 p. CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Cancerologia, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CINTRA, R. M. G.; OLIVEIRA, D. de; SILVA, L. M. G. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão arterial e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. Alim. Nutr., Araraquara, v. 23, n. 4, p. 567-575, out./dez. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D' Elboux. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005. 35

FARIA, H. T. G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Rev. Científica Internacional, v. 1, n. 7, p. 106-194, Jan./Mar. 2012. Disponível em: www.interscienceplace.org. Acesso em: 04 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População por sexo e idade: Brasil 2000-2060 e Unidades Federativas 2000-2030. Rio de Janeiro, 2013.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.34, p. 593-606, 2010.

MENEZES, T. N. de; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p.169-175, 2005.

OLIVEIRA J. E. P., MILECH A, editors. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados*. Genebra: 1999. PÉRES, D. S. et al. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, Nov./dez. 2007.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutrição*, v.18, n.1, p.1190-1198, 2005.

SANTOS, R. R.; BICALHO, M. A. C.; MOTA, P. et al. Obesidade em idosos. *Rev. Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 1, 2013.

Secretaria de Estado de Saúde: Superintendência de redes de atenção à saúde. Diretoria de redes assistenciais. Coordenadoria da rede de hipertensão e diabetes. Estratificação de risco. Acesso em: 11 jun. 2015.

SILVA, E. R.; SOUSA, A. R. P.; FERREIRA, L. B.; PEIXOTO, H. M.. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídios ao cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 6, p.1387-93, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diagnósticos e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Consenso sobre diabetes*, p.4-7, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL *Tratamento e acompanhamento da pressão arterial: Diretrizes da Sociedade Brasileira da Hipertensão Arterial*, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*, 2013. Disponível em <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>. Acesso em 27 de Outubro de 2015.