

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

**Ediel González Fernández**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**REALIZAÇÃO DO CADASTRO E DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE**  
**PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE**  
**BÁSICA DE SAUDE SÃO FRANCISCO - MUNICÍPIO CHARQUEADAS**

**CHARQUEADAS**

**2018**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	3
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....	9
4. VISITA DOMICILIAR .....	11
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	14
6. REFERÊNCIAS .....	16
7. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	18

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Ediel González Fernández, tenho 43 anos de idade, nasci na cidade de Manzanillo que fica localizada em Cuba, na região oriental. Graduei-me com o título de médico no ano de 1998, formei-me na Universidade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, na Faculdade Celia Sánchez Manduley. Minha carreira profissional foi iniciada em uma área rural distante da cidade onde moro, onde trabalhei por um ano. No seguinte ano trabalhei numa escola interna e depois num consultório médico perto de minha cidade como médico de atenção básica. Iniciei a especialização em saúde da família no ano 2001 na mesma universidade a qual foi terminada em novembro de 2004. No ano 2006 fui trabalhar na Guinéa Equatorial, na África durante dois anos. No ano 2012 me formei como Ecografista no programa de atenção materno infantil na detecção de malformações congênitas. Me incorporei ao programa mais médicos para o Brasil em agosto de 2016, desde então atuo no município de Charqueadas, localizado no estado do Rio Grande do Sul.

Charqueadas situa-se na região carbonífera do Estado, estando distante 56 km de Porto Alegre. É um município jovem, tendo sido desmembrado de São Jerônimo em 1982. Conforme dados do IBGE referentes ao ano de 2010, a população total do município é de 38.599 habitantes e sua área é de 216 km<sup>2</sup>, tendo como limites ao Sul Arroio dos Ratos, ao norte Triunfo, ao este Eldorado do Sul e ao Oeste São Jerônimo.

Atualmente estou lotado na ESF: São Francisco que possuiu uma população para atendimento de 2880 pacientes após uma redistribuição recente, não contamos com um local adequado sendo que nossa UBS fica localizada em um local alugado. Dentro de nosso território ficam localizados: duas escolas de ensino básico, uma creche, vários supermercados, a Secretaria de saúde, o CAPS, entre outros.

As principais dificuldades encontradas são o armazenamento e acúmulo de lixo em local indevido, sem ocorrer coleta de lixo periodicamente, ocorrendo acúmulo de água parada, ratos, insetos entre outros, animais nas ruas, constituindo fatores de riscos relacionados a doenças transmissíveis como diarreias, caxumba, toxoplasmoses, também problemas respiratórios, dermatites, entre outros. Os problemas de saúde mais frequentes são as Doenças crônicas não transmissíveis, doenças respiratórias, ortopédicas e mentais. Buscamos prestar o melhor atendimento as famílias por meio de consultas individualizadas, através de agendamento e demanda espontânea, temos com muita frequência as doenças crônicas como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e transtornos mentais. Realizamos atividades de

promoção e prevenção de saúde à comunidade assim como formação de grupos. Nossa UBS conta com atendimento odontológico também.

Escolhi para meu Projeto de Intervenção, o qual constará nos anexos, a realização do cadastro e estratificação de risco dos pacientes Diabéticos na área de abrangência, pois não contamos com um registro atualizado que permita conhecer a magnitude do problema relacionado a esta doença, o que limita a qualidade do atendimento destes pacientes e a realização de um plano de ações para melhorar e promover hábitos e estilos de vida saudáveis e aumentar adesão ao tratamento proposto na consulta médica, para diminuir ou retardar as complicações e aumentar os conhecimentos sobre a doença.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente A. S.O, sexo masculino, 71 anos, branco, aposentado, casado e pai de dois filhos. Com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica há 20 anos, em tratamento com Losartana (50mg) um cp de manhã e Hidroclorotiazida (25mg) um cp de 12/12h, Diabetes Mellitus tipo 2, em tratamento com Metformina (500mg) um cp no café, almoço e janta. Procura atendimento na UBS para realizar acompanhamento de suas doenças, pois refere que há um ano não realiza exames e está se sentindo cansado e aumentando seu peso corporal, pois desde que se aposentou não realiza nenhuma atividade física e só fica em casa assistindo TV junto a sua esposa e só algumas ocasiões que sai para casa de seus amigos a comer churrasco e jogar cartas. Além refere que quer renovar sua receita de Cinarizina que toma há anos para a labirintite, pois refere ultimamente está apresentando tonturas quase constantes e dor na nuca. Paciente nega alergia a medicamentos nem uso de drogas; tabagista há mais de 40 anos.

Antecedentes familiares: Mãe falecida por IMA/Diabetes Mellitus 2

Pai falecido por Câncer do Pulmão/HAS

Irmã falecida por AVC isquêmico/ Diabetes Mellitus 2

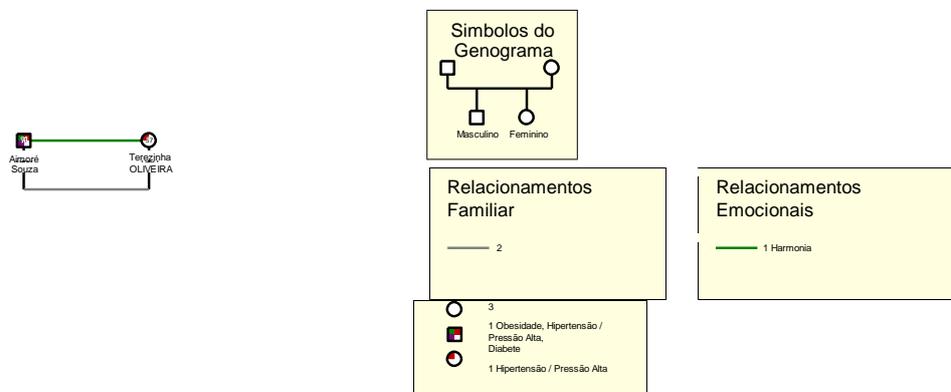
Irmão vivo com Diabetes Mellitus 2

Filho maior com Diabetes Mellitus 2

Condições socioeconômicas: A renda familiar é de dois salários mínimos (a esposa de 57 anos trabalha num mercado)

Dados do estilo de vida: Sedentarismo, má alimentação, tabagista.

Figura 1. Genograma representativo da família descrita.



Ao exame físico, o paciente apresentava bom estado geral, estava afebril, hidratado, eupnéico e orientado.

Peso: 84 kg;

Altura: 1,65 m;

IMC: 30,85 kg/m<sup>2</sup>SC;

Circunferência abdominal: 97cm;

Mucosas: normocoreadas, hidratadas;

Tireoide: não palpável, sem alterações;

Ausculta pulmonar sem alterações, FR: 17 rpm;

Cardiovascular: Ausculta cardíaca normal, PA: 130/80, FC: 86 bpm;

Abdome: Globuloso, ruídos hidroaéreos presentes e normais, não visceromegalia;

Não edemas nos membros inferiores;

Neurológico: sem alterações (taxia e praxia normal).

Exame otológico: Excesso de cerume em ambos ouvidos.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, Diabetes Mellitus 2 mau controle, Obesidade. Tampão de cerume.

Solicitou exame de HGT, sendo o resultado 312 mg/dl pós-prandial.

Foi orientado o tratamento não farmacológico sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada, prática de atividade física, assim como a adesão ao tratamento farmacológico atual para a Diabetes, controle do peso corporal e abandono do tabagismo. No caso do tratamento anti-hipertensivo, diminuo a dose de Hidroclorotiazida a um cp na manhã e aumento a dose da Losartana a um cp de 12/12h. Foram solicitados exames laboratoriais: hemograma completo, glicose de jejum, hemoglobina glicosilada, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, ácido úrico, sódio, potássio, albuminúria, TSH, T4livre, TGO, TGP, GGT, Proteína C reativa, EQU, urocultura, ECG, Raios-X do tórax, Raios-X da coluna cervical, Fundoscopia. Além disso, foi prescrito Cerumin (gotas) cinco gotas três vezes ao dia em cada ouvido por cinco dias e marcar uma consulta para lavagem de ouvido na próxima semana. Explico para o paciente os riscos do uso prolongado da Cinarizina e que a mesma pode até ser causa de tonturas quando o uso é excessivo e prescrevo para ele Dimenhidrinato (50mg) um cp de 8/8h se sente tonturas.

#### EVOLUÇÃO:

Após uma semana o paciente vem na UBS para realizar a lavagem de ouvidos, trazendo os resultados do controle da PA e o HGT. As cifras de PA se mantem estáveis (120 a 130 a sistólica e 70 a 80 a diastólica), mas os níveis de glicose continuam altos (entre 245 e 287mg/dl). O peso é de 83.6 kg, ligeiramente inferior à semana anterior. Os resultados dos exames ficariam prontos à semana seguinte, sendo agendada uma consulta para dentro de 10 dias. Faço uma adequada lavagem de ouvidos, aumento a dosagem de Metformina a 850 mg no café, almoço e janta, ofereço novamente orientações nutricionais e incorporamos o paciente ao grupo de obesos o qual funciona na unidade a cada 15 dias em conjunto com a Nutricionista.

#### SEGUNDA CONSULTA

Após 10 dias, o paciente volta à consulta com os resultados dos exames de laboratório e o controle do HGT e PA. As cifras de pressão arterial continuam normais (120/80 mmHg) e os valores do HGT nos últimos três dias estavam inferiores a 200mg/dl. Nos exames de laboratório obtemos os seguintes resultados: Hb: 15.3 g/l; Hto: 51%; Glicose de jejum: 264 mg/dl; Hb glicosilada 10,2%, com GME de 287mg/dl; Colesterol total: 277mg/dl; HDL: 58mg/dl; LDL: 210mg/dl; Triglicerídeos: 197mg/dl; Creatinina: 1,01 mg/dl; Ureia: 32 mg/dl;

Acido úrico: 4,2mg/ml; Sódio: 140mEq/l; Potássio: 4,5mEq/l; Microalbuminúria: 14mg/L; TSH-US:2,9mUI/L; T4 livre: 0,98mUI/L; TGP: 13 UI/L; TGO: 17 UI/L; Proteína C Reativa < 6 mg/L; EQU: normal; Urocultura : negativa; ECG: Ritmo sinusal, normal; Fundoscopia: sem alterações; RX de tórax: normal; RX da coluna cervical: uncoartrose, osteofitos marginais anterolaterais em C5 e C6. Refere ter melhorado dos sintomas, sem tonturas e menos cansaço. Ao exame físico, bom estado geral, PA 130/80, resto normal, HGT: 143 mg/dl.

Diagnóstico: Hipertensão Arterial Sistêmica estagio 1 controlada com risco alto de evento cardiovascular (78.02 % em 10 anos), Diabetes Mellitus tipo 2 mau controle, Obesidade grau 1, Hipercolesterolemia, Artrose cervical.

Conduta: Reforço orientações sobre a alimentação saudável, consumo controlado de sódio, a pratica de atividades físicas regularmente, abandonar o tabagismo. Para isso oriento participar do grupo HIPERDIA, que funciona toda quarta feira as 15.00h no posto de saúde e do grupo de cessação tabágica as primeiras e terceiras feiras de cada mês as 13.00h na Policlínica e realizar caminhadas durante 30 minutos três vezes por semana como mínimo. Manter tratamento farmacológico com Losartana(50mg) um cp de 12/12h, Hidroclorotiazida(25mg) um cp de manhã, Metformina(850mg) um cp após do café, almoço e janta e prescrevo Sinvastatina(20mg) dois cp à noite e ASS(100MG) um cp no almoço, para prevenir eventos cardiovasculares. Oriento tratamento sintomático com Paracetamol(500mg) um cp de 6/6h se dor, dormir com travesseiro pequeno ou sem, evitar manter posturas inadequadas e solicito 10 sessões de fisioterapia da coluna cervical para aliviar a tensão muscular. Manter controle diário do HGT e agendar outra consulta dentro de um mês.

#### TERCEIRA CONSULTA:

O paciente vem à consulta mais animado, acompanhado de sua esposa. Refere se sentir bem, apresenta bom estado geral. A pressão arterial em 120/80 mmHg e os valores do HGT nos últimos dez dias estão entre 112 e 125 mg/dl. O peso corporal foi de 80.2 kg com IMC de 29.46 kg/m<sup>2</sup>SC (Sobrepeso).

Diagnóstico: Diabetes Mellitus 2 bom controle, Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, Hipercolesterolemia, Obesidade grau 1.

Conduta: Oriento a importância de manter a adesão ao tratamento farmacológico e as modificações do estilo de vida que até agora está tendo bons resultados, assim como sua participação nos grupos. Ofereço orientações sobre a higiene e cuidado dos pés para evitar

complicações como úlceras e pé diabético, e também sobre o controle ambiental e higiene dos alimentos para evitar doenças respiratórias e diarreicas respectivamente. Sugiro à esposa participar nos grupos junto a seu esposo. Oriente agendar consulta para dentro de 3 meses para realizar novos exames e manter o acompanhamento e acudir à UBS se intercorrências.

O Diabetes Mellitus constitui uma desordem crônica caracterizada por alterações no metabolismo de glicose, onde a hiperglicemia produzida através de distintos mecanismos patogênicos, é o denominador comum, que evoluciona desenvolvendo complicações vasculares e neurológicas (SHERWIN,2000). Ocorre por defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que tem como função principal promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. (SBEM,2016). A hiperglicemia mantida altera também aos lipídeos e proteínas. Existindo duas formas principais de diabetes (tipo 1 e tipo 2), manifestando-se como estados de intolerância à glicose, diabetes gestacional e diabetes causadas por doenças pancreáticas. (LIMA,2012).

O controle da DM está relacionado com diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais se espera como resultado além do controle da glicemia, o desenvolvimento do autocuidado, contribuindo na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade, portanto, a intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde. (BRASIL,2013)

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar  $HbA1c < 7\%$ . As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL. Metas mais flexíveis ( $HbA1c < 8\%$ ) vêm sendo estabelecidas para certos grupos de pacientes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Se a pessoa não alcançar a meta glicêmica em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a metformina no plano terapêutico. A introdução mais precoce pode ser considerada em alguns pacientes que não respondem ao tratamento, com ou sem excesso de peso. A escolha desta medicação como primeira opção terapêutica deve-se ao seu perfil de segurança em longo prazo, efeito neutro e até mesmo de redução do peso, ausência de hipoglicemias e sua capacidade de reduzir eventos macrovasculares. A metformina pode reduzir a incidência de infarto agudo do miocárdio em 36% e mortalidade em 32% (CUADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N°36, 2013).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O tratamento farmacológico da HAS no paciente com Diabetes Mellitus 2 deve incluir dois ou mais medicamentos com diferente mecanismo de ação, sendo os antagonistas dos receptores de angiotensina 2 os de primeira linha, em combinação com um diurético tiazídico oferece bons resultados ao atuar sobre os principais mecanismos patogênicos da HAS nos pacientes diabéticos (Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde, 2018).

No caso da Obesidade, o objetivo da intervenção de nossa equipe em conjunto com a Nutricionista, é reduzir a gordura corporal para um nível que seja acompanhado de melhora no estado de saúde ou consistente com a redução dos riscos e complicações. Espera-se, como resultado, que os indivíduos alcancem o peso adequado, com IMC <25 kg/m<sup>2</sup>. Chegar ao IMC abaixo de 25 kg/m<sup>2</sup> nem sempre é uma tarefa possível para todos os indivíduos, para as pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, perdas de peso entre 5% a 10% do peso corporal apresenta melhoras significativas nos níveis pressóricos e glicêmicos (Caderno de Atenção Básica N° 38 Obesidade, 2014).

A lavagem dos ouvidos foi realizada segundo a técnica de remoção do excesso de cerume por meio de irrigação descrita no caderno de atenção básica (CUADERNO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE N°30, 2011).

A organização do grupo para cessação do tabagismo foi realizada segundo a proposta do Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001) que aparecem no Caderno de Atenção Básica N°40 do ano 2015, e adaptada a nossa realidade e necessidade.

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

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A atenção primária de saúde é a porta de entrada ao sistema único de saúde, é a responsável tanto da prevenção como do diagnóstico precoce das doenças assim como o acompanhamento dos pacientes ao longo de sua vida. É importante ressaltar o fato de que muitos pacientes têm um conceito errado disto, eles pensam que nosso trabalho é só fazer os encaminhamentos, renovar receitas e requisição dos exames, sendo necessário melhorar o conhecimento da população sobre o papel da UBS, através das atividades educativas e durante o próprio processo de atendimento, o que reflete num melhor aproveitamento das potencialidades de nossos serviços. Na minha prática profissional durante o período de quase dois anos que sou parte da equipe de trabalho da UBS São Francisco, realizo ações, de promoção e prevenção da saúde pois são fundamentais para reduzir os riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida da população, baseado no perfil de morbimortalidade da comunidade e suas características demográficas, epidemiológicas e nutricionais, sempre em equipe e de forma interdisciplinar.

O ministério da saúde tem programas priorizados como é a atenção ao pré-natal, a puericultura é a saúde mental. No caso da atenção ao pré-natal a equipe faz promoção de saúde dentro de nossa realidade devido a que não é possível o atendimento de todas as grávidas, já que elas decidem onde fazer seu acompanhamento. Más são feitas visitas domiciliares, o que permite determinar as condições higiênicas sanitárias assim como o relacionamento familiar. Temos identificadas as mulheres em idade reprodutiva com antecedentes de alguma doença crônica, seja biológica ou psiquiátrica, e as que têm risco de desenvolver alguma doença. Na consulta pré-concepcional oferecemos orientações sobre a alimentação saudável, prática de atividades físicas, importância de evitar o consumo de álcool, fumo e outras drogas. Oferecendo palestras com temas de interesse relacionados com os cuidados durante a gravidez, câmbios fisiológicos, importância da assistência a consultas e da realização dos exames solicitados pelo doutor assistente, sintomas de trabalho de parto, importância do aleitamento materno exclusivo, brindamos orientações sobre a consulta pré-

natal. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana, mensalmente; da 28ª até a 36ª semana, quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana, semanalmente (Caderno de Atenção Básica N° 32, 2013).

A saúde das crianças é prioridade para nossa equipe de saúde, cada consulta de puericultura, visita domiciliar, atividades nas escolas, etc., é um momento imperdível para realizar ações de educação e promoção de saúde neste grupo populacional.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência

Quanto à saúde mental, na minha unidade apresenta o mesmo comportamento que o resto do país, razão pela qual o trabalho de promoção e prevenção de saúde deve ser feito de forma contínua, com a participação da equipe da saúde, o NASF, o CAPS, a Gestão, as escolas e demais fatores da comunidade. Cada manhã antes de começar a consulta, oferecemos palestras aos pacientes sobre essas doenças. Outra luta importante para a equipe é a má adesão ao tratamento, pois eles não têm percepção do risco e é para onde temos direcionado nosso trabalho hoje.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

No Brasil, de acordo com as transições epidemiológicas da população e com as realidades sociopolíticas e econômicas do país, vêm sendo implementadas as políticas de assistência em saúde. Processos relevantes, como as alterações demográficas e epidemiológicas, quais sejam, o envelhecimento da população (devido ao aumento da expectativa de vida) e a mudança do perfil de morbimortalidade, ocasionada pela expansão das doenças crônicas vem justificando estas mudanças. (BRASIL, 2012, p.9). A Estratégia da Saúde da Família (ESF), surge com o objetivo primordial de reorganizar a assistência e romper com o modelo biomédico hegemônico, através de ações em saúde centradas na família e na promoção e na qualidade de vida. A visita domiciliar tem sido considerada um importante instrumento na operacionalização das políticas de assistência à saúde, presente na sociedade acompanhando os diversos momentos históricos. (CUNHA; GAMA, 2012), possibilitando o conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis os profissionais de cada ESF, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas, e possibilita a concretização dos princípios básicos da APS, de integralidade, acessibilidade, coordenação e longitudinalidade. (BRASIL, 2011b).

Esta ferramenta envolve o trabalho multiprofissional no atendimento domiciliar e assume fundamental importância na abordagem da família, sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, permitindo assim a busca de soluções conjuntas que articulam os conhecimentos e as práticas profissionais para propor planos de ações educativos, preventivos e terapêuticos nos contextos em que estão inseridos (BRASIL, 2012, p.24). O cuidado exercido no domicílio, realizado através da interação entre profissionais, sujeito e sua família, possibilita reverter o modelo hegemônico e efetivar uma atenção integral, equânime e qualidade de vida a população. (OLIVEIRA; SOUZA, 2013). A visita domiciliar (VD) é constituída por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado de saúde à comunidade, família e indivíduo, bem como para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. (DIAS; SAVASSI, 2006; LOPES, 2003).

Na minha unidade de saúde as visitas domiciliares são feitas, no caso dos Agentes Comunitários de Saúde, de forma rotinaria, representando a ferramenta de escolha para fornecer à equipe de saúde sobre as condições socioeconômicas das famílias de cada micro

área, e ainda captar aos pacientes mais necessitados, além de oferecer as famílias atividades educativas para melhorar a saúde dos membros. Juntamente com a enfermeira e outros profissionais como Nutricionista, Psicólogo ou Dentista, quando é preciso, nas quintas feiras de tarde, após a reunião da equipe, são realizadas as VD. Nessas visitas realizamos diferentes procedimentos como aferição da pressão arterial e outros sinais vitais, medida de HGT, curativos de úlceras e ferimentos, medicações por via intramuscular como analgésicos para aliviar a dor em pacientes que necessitam cuidados paliativos.

Como exemplo, o dia 12 de abril de 2018 realizamos uma visita ao domicílio do paciente V.L. M.S, de 73 anos de idade, obesa grau 1, com histórico de HAS estágio 1, em tratamento com Enalapril (10mg) um cp de 12/12h, Hidroclorotiazida(25mg) ½ cp de manhã e AAS(100mg) um cp no almoço, viúva, aposentada, que realiza trabalhos artesanais em casa, mãe de dois filhos que moram fora, convive com um neto que é seu cuidador, cadeirante com prótese do quadril esquerdo, a qual ganhou alta do Hospital de São Jerônimo, onde foi internada por um quadro de celulite e osteomielite a nível do quadril afetado, como consequência de uma infecção da ferida cirúrgica, recebendo tratamento com Ceftriaxona (1g) IV de 12/12h por sete dias, com resolução da infecção, e que precisava reavaliação para determinar se precisava tratamento com os profissionais do Melhor em Casa, ou ia ser acompanhada somente por a ESF.

Estrutura da família: Casa de alvenaria, com boas condições estruturais possui três dormitórios, sala, cozinha, banheiro e garagem. Tem os moveis e eletrodomésticos básicos para a vida diária. Tem um carro. Boas relaciones familiares, condiciones higiénicas adequadas.

Encontramos a paciente em sua cadeira, com aparente bom estado geral, ao interrogatório refere se sentir melhor, com ligeiro desconforto no quadril.

Aa exame físico as mucosas pálidas, úmidas, ausculta cardíaca e pulmonar normal, FC:85 bpm, FR:20 rpm, PA: 120/82mmHg. Durante o exame do tórax constato aumento de volume de +- 10 cm no quadrante superior externo da mama direita, doloroso, mamilo normal, abdome globuloso, não refere dor, não visceromegalia palpável, não edema em membros inferiores. No exame do quadril esquerdo, a ferida cirúrgica com pequena deiscência no tercio inferior com escasso exsudado amarelo claro, não fétido, ligeira dor à palpação. Mostra os resultados dos exames realizados no Hospital, onde aparecem cifras de hemoglobina de 8,2g/l e hematócrito em 27%, o resto dos exames normais.

A paciente referiu não ter feita nenhuma mamografia. Solicito novos exames de laboratório, incluindo mamografia com urgência. Mantemos tratamento antibiótico, agora por via oral com Cefalexina(500mg) um cp de 6/6h por 7 dias e Sulfato ferroso(40mg) quatro cp ao dia. Brindamos apoio psicológico e oferecemos orientações sobre alimentação saudável e importância da adesão ao tratamento. Marcamos outra visita domiciliar na próxima quinta-feira para avaliar resultados dos exames e tomar a conduta adequada.

## **5.REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

O presente curso de Especialização em Saúde da Família tem sido para mim uma importante ferramenta de aprendizagem e atualização no contexto da atenção básica, percebendo mudanças positivas em minha atuação, mesmo porque há seis anos não trabalhava diretamente na atenção primária pois me desempenhava como ecografista na atenção pré-natal. Como muitos de meus colegas, no princípio do curso teve dificuldades com o acesso aos conteúdos na plataforma, sendo a primeira vez que realizo um curso online, problemas referentes aos conhecimentos informáticos e a Metodologia da investigação, os quais consegui superar e foram também logros do curso.

As primeiras unidades de ensino foram de muita utilidade para compreender melhor as diferentes determinantes de saúde, as particularidades do modelo de saúde do Brasil, em particular o funcionamento do Sistema Único de Saúde, suas legislações e diretrizes, a importância do trabalho em equipe, realização de reuniões sistematicamente para discutir e organizar ações a serem realizadas por cada integrante da equipe tendo em conta as atribuições de cada membro, para alcançar resultados de qualidade, sendo possível a realização do Diagnóstico da Situação de Saúde da comunidade onde atuo, a organização e planejamentos dos serviços de saúde, obtendo ótimos resultados no tratamento dos pacientes, fazendo uso do Projeto Terapêutico Singular, o que permite um modelo clínico centrado na pessoa, com um manejo diferenciado dos problemas de saúde de cada paciente, conseguindo reforçar a relação médico-paciente, seu grau de satisfação, melhor adesão ao tratamento e a recuperação do estado de saúde. Graças aos conhecimentos adquiridos no curso comecei a aplicar o Modelo SOAP para o registro das informações nas consultas. Foram reforçados e atualizados os conhecimentos dos protocolos clínicos de atuação ante as doenças mais frequentes.

Nas últimas unidades conhecemos numerosos casos complexos com muita similitude as situações reais que encontramos no dia a dia em nossa UBS, permitindo ganhar experiência no manejo integral de cada paciente e família. As vídeo aulas e o resto dos conteúdos referentes as técnicas de procederem motivaram o incremento na realização dos mesmos em minha unidade dando solução a muitos casos que aguardavam de cirurgias menores, por exemplo, há muito tempo. Adquirimos as habilidades necessárias para o planejamento e

realização de visitas domiciliares assim como as atividades de promoção e prevenção de saúde.

De forma geral, durante o processo de aprendizagem consegui melhorar minha atuação como profissional da saúde e como ser humano, ganhando em conhecimentos e integralidade.

## 6. REFERÊNCIAS.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Fuchs, FD. Hipertensão Arterial. Cap 65 in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial- Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual\\_instrutivo\\_monitora\\_avaliacao\\_AD.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar Vol. 1. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2017.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Cardiologia. 2013; 101(4 Supl. 1): 1- 22.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia. 2010; 95(1 Supl. 1): 1- 51.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

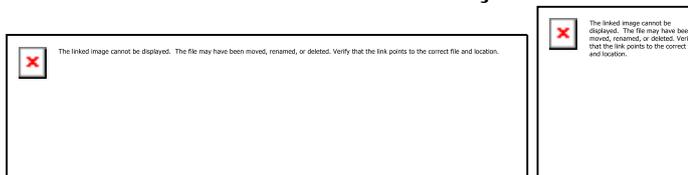
Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos. Cadernos de Atenção Primária, n. 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Cadernos da Atenção Básica, n. 40. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

## 7. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO



Ediel González Fernández.

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

**REALIZAÇÃO DO CADASTRO E DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE  
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAUDE SÃO FRANCISCO - MUNICÍPIO CHARQUEADAS**

**Charqueadas, 2017.**

## **RESUMO**

O presente trabalho é uma proposta de intervenção com o propósito de eliminar a insuficiência nos dados referentes aos pacientes com diferentes doenças crônicas, em especial, em relação à Diabetes Mellitus, cadastrados na área de abrangência da ESF São Francisco, município Charqueadas, e sua repercussão na qualidade e eficiência dos serviços de atenção à saúde. A metodologia utilizada é qualitativa –quantitativa exploratória, para o alcance dos objetivos propostos serão desenvolvidas as ações de capacitação do pessoal envolvido, pesquisa dos pacientes com esta patologia, avaliação dos resultados e criação de uma base de dados confiável que permita uma melhor qualidade no acompanhamento dos pacientes diabéticos de maneira concreta, possível e coerente, resultando na melhoria dos índices de saúde.

Palavras-chave: Diabetes, capacitação, cadastro.

## SUMÁRIO

<u>1.INTRODUÇÃO</u> .....	4
<u>2.OBJETIVOS</u> .....	6
<u>3.REVISÃO DA LITERATURA</u> .....	7
<u>4.METODOLOGIA</u> .....	9
<u>5.CRONOGRAMA</u> .....	10
<u>6.RECURSOS NECESSÁRIOS</u> .....	11
<u>7.RESULTADOS ESPERADOS</u> .....	11
<u>8.REFERÊNCIAS</u> .....	12
<u>9.ANEXO</u> .....	14

## 1- INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus constitui uma desordem crônica caracterizada por alterações no metabolismo de glicose, onde a hiperglicemia produzida através de distintos mecanismos patogênicos, é o denominador comum, que evoluciona desenvolvendo complicações vasculares e neurológicas (SHERWIN,2000). Ocorre por defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que tem como função principal promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. (SBEM,2016). A hiperglicemia mantida altera também aos lipídeos e proteínas. Existindo duas formas principais de diabetes (tipo 1 e tipo 2), manifestando-se como estados de intolerância à glicose, diabetes gestacional e diabetes causadas por doenças pancreáticas. (LIMA,2012).

O conhecimento da Diabetes Mellitus (DM) já data de vários séculos, descrevendo-se no papiro de Ebers, 1500 a.C., uma doença caracterizada pela passagem de grande quantidade de urina e Arataeus da Capadócia, no século II, denominou essa enfermidade de diabetes (correr através de sifão) (OLIVEIRA,2006).

No século passado ocorreram transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas que alteraram o perfil de risco da Diabetes Mellitus junto ao resto das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que na atualidade, o Diabetes Mellitus representa uma epidemia mundial, constituindo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. (BRASIL,2006). No ano 2016, estima-se que a população mundial com diabetes era da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035.

No Brasil, como a nível mundial, o aumento do número de diabéticos é resultado do crescimento e do envelhecimento populacional com fatores predisponentes (obesidade, sedentarismo e tabagismo), maior urbanização, alterações dietéticas e maior sobrevida de pacientes com DM. (SBD,2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016), Brasil tem uma prevalência de 7,6%, com um número de pacientes diabéticos de 12054827 de pessoas. Mas dados mais atuais mostram que o número de pessoas diagnosticadas com diabetes passou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016, crescendo em 61,8%. Porto Alegre, a capital do Estado Rio Grande do Sul, mostra um índice de 8,5%. (VIGITEL, 2016).

O conhecimento dos dados epidemiológicos, do Diabetes Mellitus em uma população determinada, é segurança de um melhor planejamento das ações de saúde por parte dos gestores e profissionais nesse território.

Eu trabalho no município de Charqueadas, com uma população de 36958 habitantes, uma porcentagem de 17,6% de pessoas com mais de 60 anos e uma esperança de vida ao nascer de 77,22 anos (FEE, 2016), estima-se uma alta incidência e prevalência de doenças crônicas, entre elas o Diabetes Mellitus. Conta com 12 unidades básicas de saúde com uma cobertura do 100% da população.

A Unidade de Saúde São Francisco onde trabalho conta com uma população de 3690 pacientes, distribuídos em 5 micro áreas. A equipe de atenção básica está integrada por 12 membros, entre eles 1 médico, 1 licenciada em enfermagem, 3 técnicas de enfermagem, 5 agentes de saúde e um dentista.

Em nosso município, e especificamente em nossa unidade de saúde não existe registro atualizado sobre prevalência e incidência do Diabetes, nem se conhece o número de portadores desta patologia. Programas como HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) não são aplicados com sucesso, tendo dificuldade para planejar e realizar ações de saúde efetivas neste grupo de pacientes.

Esta problemática é agravada devido à elevada demanda dos serviços de saúde de nossa população, alta taxa de envelhecimento e prevalência de doenças crônicas, e em contraste, os insuficientes serviços de atenção à saúde existentes no município, sobre todo a nível da atenção secundária.

Hoje é uma necessidade instituir medidas de prevenção em todos os níveis, baseado em evidência científica, tendo em conta o panorama atual do DM, visando instrumentalizar o profissional de saúde na prática clínica, bem como os órgãos governamentais para estabelecimento de políticas públicas. (SBD, 2016).

Considera-se de grande relevância realizar o cadastro dos pacientes com Diabetes Mellitus de nossa UBS, atingindo dessa maneira planejar as diferentes variantes de atenção à saúde a nível básico, seja através de consultas individuais, consultas coletivas, atividades de promoção e prevenção dirigidas a este grupo específico de pacientes, visitas domiciliares, etc., que permita alcançar um melhor desempenho dos profissionais da saúde e da qualidade de vida dos doentes.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo geral**

□ Conhecer o perfil epidemiológico da população cadastrada na UBS São Francisco com relação à prevalência de diabetes mellitus, seus fatores de risco e suas complicações.

### **2.2- Objetivos específicos**

- Possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus à unidade básica ou equipe de saúde através do cadastro e atendimento desses portadores de DM.
- Obter uma estratificação de risco dos pacientes com DM, garantindo um acompanhamento mais personalizado de cada paciente.
- Gerar informações gerenciais que permitam subsidiar aos gestores públicos para tomada de decisão e adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais.
- Garantir o acompanhamento mínimo indispensável a todos os pacientes, incluindo as consultas coletivas e as atividades de promoção e prevenção.
- Realizar monitoramento do acompanhamento de saúde dos diabéticos cadastrados na UBS.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Com o termo de Diabetes Mellitus se conceitua um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, como resultados de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999). Esta doença é considerada Condição Sensível à Atenção Primária, pois o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares, como demonstram evidências. A importância da DM vem aumentando pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (ALFRADIQUE, 2009).

O Diabetes Mellitus se classifica em: tipo 1 e tipo 2. O Diabetes tipo 1 é a principal doença endócrina e forma de diabetes diagnosticada na infância e na juventude e tem como características principais, a necessidade diária de insulina no tratamento, controle metabólico lábil, grande oscilação na glicemia e grande tendência a desenvolver cetoacidose e coma. O Diabetes tipo 2, vem da associação de forte predisposição genética e familiar com o estilo de vida e os fatores ambientais da pessoa. Caracteriza-se por apresentar resistência à ação da insulina, que se acentua com o decorrer dos anos de evolução da doença, a cetoacidose é menos comum em comparação com o DM tipo 1. Destacam-se ainda outros tipos de Diabetes como as doenças do pâncreas exócrino que cursam com pancreatite crônica, as doenças endócrinas e o Diabetes após uso de drogas. O Diabetes Gestacional (DG) define-se como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiramente reconhecido durante a gravidez, sendo muito importante a identificação clínica do DG, pois o tratamento pode reduzir a morbidade e mortalidade associadas. (OLIVEIRA,2006).

Existem, além, estados intermediários entre a homeostase normal da glicose e o DM, assim temos a glicemia de jejum alterada, relacionada às concentrações de glicemia de jejum inferiores ao critério diagnóstico para DM, contudo mais elevadas que o valor de referência normal; a tolerância à glicose diminuída, o qual é diagnosticada por meio de teste oral de tolerância à glicose, e constitui uma anormalidade na regulação da glicose no estado pós-sobrecarga. Estas duas são categorias de risco aumentado para o desenvolvimento do DM, sendo utilizado também o termo “pré-diabetes” para designar essas condições. (SBD,2016).

O controle da DM está relacionado com diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais se espera como resultado além do controle

da glicemia, o desenvolvimento do autocuidado, contribuindo na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade, portanto, a intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde. (BRASIL,2013)

A naturaliza crônica da Diabetes Mellitus, suas complicações graves e os meios necessários para controlá-las, tornam esta doença muito custosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Estimou-se, por exemplo, nos Estados Unidos que os custos dos cuidados de saúde para um paciente diabético eram duas ou três vezes maiores do que os de um sem a doença. Esses custos afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos, pois existem outros difíceis de quantificar, como a ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, que também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares. (SBD,2015)

A hipertensão arterial e o diabetes, no Brasil, são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e do 62,1% dos diagnósticos primários de doença renal crônica. Mas já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento desses agravos e de suas complicações, as quais devem estar disponíveis para que pessoas e comunidades tenham acesso e possam delas se beneficiar. (DATASUS,2015).

A importância da educação em saúde como parte do tratamento do diabetes é reconhecida por muitos organismos internacionais como as Associações Americanas de Diabetes e de Educadores em Diabetes nos EUA, a Federação Internacional de Diabetes e a Organização Pan-americana da Saúde, esta última sugere um Modelo de Cuidados Crônicos, utilizado com êxito, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento e que pressupõe a atenção às doenças crônicas não transmissíveis com base na orientação, na equidade com a participação do indivíduo, família e comunidade, reconhecendo o papel central do usuário no manejo de sua própria saúde por meio de programas de autocuidado. No Brasil muito tem sido feito em prol de educar as pessoas com diabetes, mas muito ainda há a avançar considerando o tamanho do país e a diversidade cultural que é sua característica. O objetivo principal do processo da Educação em Diabetes é que seu portador, familiares e/ou cuidadores assimilem conhecimentos e técnicas, desenvolvam habilidades, atitudes e comportamentos para o manejo do diabetes, melhorando a qualidade de vida e evitando e/ou adiando as complicações. Este é um processo ativo e contínuo do qual profissionais, pacientes e familiares aprendem sobre o diabetes, deve ser integrado às intervenções clínicas e envolver

todos os membros da equipe de forma interdisciplinar, deve seguir princípios de educação que utilizem técnicas voltadas à participação, interação e vivências mais próximas da vida e dificuldade diárias do paciente, respeitando as individualidades do educando para o aprendizado a partir de suas necessidades e deve privilegiar e valorizar o trabalho da equipe Interdisciplinar onde o paciente deve ser parte integrante da equipe. (SBD,2016).

#### 4. METODOLOGIA

Esse projeto de intervenção é uma pesquisa qualitativa e quantitativa, exploratória constituída para destacar o problema identificado, transformando uma ideia em ação. Definido e analisado o problema, propor passos a seguir, na tentativa de solucioná-lo.

Será realizada uma pesquisa dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado no prontuário médico, em acompanhamento há pelo menos seis meses na unidade básica de saúde, e pertencentes à área de abrangência da ESF, assim como através das consultas diárias e visitas domiciliares realizadas, criando uma base de dados atualizada disso pacientes.

##### 4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes diabéticos atendidos na UBS São Francisco no município de Charqueadas.

##### 4.2 Cenários da intervenção:

O projeto de intervenção será realizado na UBS São Francisco, na cidade de Charqueadas.

##### 4.3 Estratégias e ações:

Para atingir o primer objetivo será realizada uma pesquisa nos prontuários médicos, dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, assim como visitas domiciliares e atendimentos diários de pacientes com esta patologia procurando diagnóstico confirmado de Diabetes, tratamento atual, exames de glicose de jejum, teste de tolerância à glicose e HbA1c, complicações agudas, internações nos últimos 12 meses, prévia capacitação dos profissionais envolvidos no projeto de intervenção por parte do autor e responsável do presente projeto, através de uma aula onde serão abordados o conceito, classificação e complicações da Diabetes Mellitus.

Em resposta ao objetivo 2, serão solicitados e avaliados exames de glicose de jejum e HbA1c para cada paciente cadastrado, junto a uma avaliação clínica em busca de complicações crônicas, capacidade de autocuidado, adesão ao tratamento e controle metabólico (avaliação dos exames) para determinar o risco de cada um deles (anexo 1).

Para alcançar o terceiro objetivo será registrados e processados os dados obtidos nas pesquisas. Esta informação será inserida numa base de dados que mostre o número total de diabéticos, classificação segundo tipo de Diabetes, estratificação de risco e comorbidades.

Uma vez conhecido o número total de diabéticos, o grau de risco e as características individuais de cada um deles (adesão ao tratamento, vínculo com a ESF), refletido no presente

estudo, podemos fazer um planejamento mais objetivo das ações de saúde a realizar, tendo em conta as necessidades de cada paciente, atingindo assim o quarto objetivo proposto.

Estas ações serão monitoradas para determinar o cumprimento das mesmas, através das reuniões semanais da Equipe Básica de Saúde como parte de uma estratégia de controle de doenças crônicas em nossa UBS.

## 5. CRONOGRAMA

<b>ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>Nov 2017</b>	<b>Dez 2017</b>	<b>Jan 2018</b>	<b>Fev 2018</b>	<b>Mar 2018</b>
Estudo da literatura para escolha do tema do projeto de intervenção		x	x	x	
Definição do problema, objetivos de pesquisa e da população – alvo			x	x	
Elaboração da estrutura básica do projeto (Construção do referencial teórico para apresentação e justificativa da relevância do tema, busca do desenho metodológico mais adequado)			x	x	x
Detalhamento metodológico do projeto (Estratégias e ações, avaliação e monitoramento, resultados esperados e cronograma)					x
Submissão de versão final do projeto para aprovação					

X

X

X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Recursos Humanos:

Profissionais Médicos, Enfermeiro, Técnicos de enfermagem, Agentes comunitários de saúde;

- Recursos Matariais:

Sala para realização de recurso;

Disponibilidade de laboratório clínico;

Canetas;

Folha A4;

Computadores;

Glicômetro;

Esfigmomanômetro;

Balança;

Fita métrica;

Estadiômetro;

Impressora.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se obter um cadastro atualizado dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus da área de abrangência de nossa ESF, tendo em conta o tipo de Diabetes, tratamento atual, estratificação de risco e obter um maior conhecimento dos indicadores de incidência e prevalência desta doença em nossa comunidade, logrando um melhor planejamento das ações individuais e coletivas a realizar com este grupo de pacientes.

Busca-se conseguir um melhor vínculo entre a ESF e os pacientes portadores desta doença, que pertencem a nossa área de abrangência.

Espera-se a adoção de um estilo de vida saudável da maioria dos pacientes, intimamente relacionada à melhoria da qualidade de vida que interfere de forma positiva no controle da Diabetes Mellitus, alcançar uma maior adesão ao tratamento, diminuir ou retardar as complicações e um aumento dos conhecimentos sobre a doença adquiridos com o Projeto de Intervenção.

## 8. REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

DATASUS. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabético. 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-aplicativos/epidemiologicos/Hiperdia>>. Acessado em: 11/10/2017.

LIMA, A, S.; GAIA, E, S, M.; FERREIRA, M, A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético (Artigo). Saúde coletiva em Debate, 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acessado em: 26/09/2017.

OLIVEIRA, J E, P. et al. (Editor.) Diabetes Mellitus. Clínica, Diagnóstico e Tratamento multidisciplinar. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SHERWIN, R. S. Diabetes mellitus. In: GOLDMAN, L.; BENNET, J. C. (ed.). Cecil text book of medicine. 21. ed. [S.l.: s.n.], 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes. 2014 -2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes 2015 - 2016. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes na Prática Clínica. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/50-a-educacao-emdiabetes-e-a-equipe-multiprofissional>>. Acessado em: 20/10/2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. 2016.  
– O que é Diabetes? Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>. Acessado em: 14/10/2017.

VIGITEL-2016. Disponível em: <[http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/17\\_vigitel.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/17_vigitel.pdf)>. Acessado em: 14/10/2017.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1

Tabela 1: Estratificação de risco de indivíduos com diabetes mellitus

Risco	Critérios (controle glicêmico – HbA1c -, complicações e capacidade para o autocuidado)
BAIXO	<p>Glicemia de jejum alterada ou intolerância a sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou</p> <p>. Diabético com HbA1c&lt;7%, capacidade de autocuidado suficiente e Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e</p> <p>Ausencia de complicações crônicas</p>
MODERADO	<p>Diabético com HbA1&lt;7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou</p> <p>Diabético com HbA1c entre 7% e 9%</p> <p>-Em qualquer uma das opções deve ser somada a:</p> <p>Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e</p> <p>Ausencia de complicações crônicas</p>
ALTO	<p>Diabético com HbA1&gt;9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou</p> <p>. Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou</p> <p>Presença de complicações crônicas com capacidade de autocuidado suficiente</p>
MUITO ALTO	<p>Diabético com HbA1&gt;9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou</p>

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLEÇÃO DE DADOS.

Nome:

Endereço:

Data de nascimento:

Sexo:

Diagnóstico confirmado de DM (SIM ou NÃO):

Tratamento atual:

Glicose de jejum:

HbA1c:

Teste de tolerância à glicose:

Complicações crônicas:

Internações nos últimos 12 meses:

Capacidade de autocuidado:

Comorbidade: