

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA  
SAUDE DE PORTO ALEGRE**

**DIXANDRA HERNÁNDEZ LEYVA**

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:  
PRINCIPAIS AÇÕES DE SAÚDE ORIENTADAS PARA MODIFICAR ESTILOS DE  
VIDA DESFAVORÁVEIS NA POPULAÇÃO**

**Não-Me-Toque  
2018**

Dixandra Hernández Leyva.

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:  
Principais ações de saúde orientadas para modificar estilos de vida desfavoráveis na  
população**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso  
Conclusão de Saúde da Família da Universidade Aberta  
do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de  
Porto Alegre.

Professor-orientador: Dra. Ivone Andreatta Menegolla.

**Não-Me-Toque (RS)  
2018**

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
2.	<b>ESTUDO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>5</b>
	Tipos de cuidados de saúde.....	5
	Membros da família.....	6
	Caso clínico.....	6
	História de doença atual.....	6
	Ao exame físico.....	7
	Antecedentes familiares.....	7
	Cifras de PA 140/90mmHg.....	8
	Lista de Problemas.....	9
	Tratamento medicamentoso.....	9
3.	<b>PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO. ....</b>	<b>10</b>
	Quanto a acompanhamento pré-natal e puericultura.....	11
	Diabetes Gestacional.....	12
4.	<b>VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>13</b>
	Queixas do momento.....	14
	Exame físico.....	14
	Tratamento atual.....	14
	Cuidador.....	15
	Estrutura familiar.....	15
	Situação de saúde e de vida.....	15
	Alimentação.....	15
	Ferramentas sociais envolvidas.....	15
	Domicílio.....	16
	Fontes de prazer do paciente.....	16
	Plano de cuidados.....	16
	Problemas crônicos.....	16
	Problemas agudos.....	17

5.	<b>CONCLUSÃO.....</b>	18
6.	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	21
7.	<b>ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO. ....</b>	24

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde entende-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (BRASIL CONST REP, 1988).

No Brasil, a atenção primária à saúde incorpora nos princípios da Reforma Sanitária, como saúde para todos, com ações de prevenção e cura de doenças que deveriam estar integradas em um sistema único, levando o Sistema Único de Saúde a adotar a designação de Atenção Básica para enfatizar a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal e integrado de atenção (FAUSTO, 2005-INSTITUTO BRASILEIRO, 2010).

Meu nome é Dixandra Hernández Leyva, tenho 28 anos, sou cubana, médica desde o ano de 2012, formada no ISCM Holguín-Cuba e especialista de Primeiro Grau em Medicina Geral Integral, desde o ano de 2015. Agora estou trabalhando no Brasil, com o Programa Mais Médicos, desde dezembro de 2016, na Unidade Básica de Saúde do Bairro Santo Antônio, no município de Não-Me-Toque, Estado do Rio Grande do Sul.

A Unidade Básica de Saúde onde eu atuo como médica encontra-se na periferia da cidade de Não-Me-Toque. A equipe está formada por uma médica, uma enfermeira (coordenadora da Unidade Básica de Saúde), uma dentista, uma assistente, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, além das pessoas de serviço, trabalhando todos juntos para garantir o acolhimento dos pacientes e um atendimento de qualidade para toda a população, com a prestação de serviços como consulta médica, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, coleta de exames, uma vez por semana, entre outros.

Nossa unidade de saúde tem boas condições estruturais, uma confortável sala de espera, salas de consultas equipadas e climatizadas, sala para procedimentos, sala de curativos, sala de injeções, ambiente para as atividades dos grupos de trabalho e outros serviços que garantam a comodidade da população, como água, banheiros, lavanderia, almoxarifado etc. Além de brindar também boas condições para os trabalhadores do posto.

Fazemos atendimento de aproximadamente 700 famílias que moram no bairro. É uma população de classe social média e alta, o município tem um grande desenvolvimento econômico,

possui duas fábricas de tratores e implementos agrícolas, bem como o cultivo de soja, milho e trigo como fontes geradoras de empregos. Hoje a cidade é chamada a Capital Nacional da Agricultura de Precisão.

A comunidade conta com escolas desde educação infantil até ensino superior, duas creches, duas escolas de ensino fundamental e uma escola de ensino meio e superior com bom acesso a educação.

Em relação a estrutura de saúde municipal, temos oito Unidades Sanitárias. O município tem dois hospitais com 93 leitos para internação. As causas de internação mais frequentem são: Problemas Respiratórios e Problemas Circulatórios. Quanto as causas de óbitos, as três mais frequentes são: Neoplasias; Doenças Isquêmicas de coração e Doenças Respiratórias.

Nós trabalhadores da saúde pública fizemos muitas ações para melhorar a situação da população( modo e estilo de vida), para isso utilizamos diferentes meios de comunicação, geralmente por meio da palavra (palestras públicas, atividades grupais específicas, dinâmicas familiares, conversas educativas individuais) para aumentar o nível de conhecimento das pessoas e a percepção de risco além de tentar modificar o modo e estilo de vida, e desse jeito poder melhorar as condições de vida de nossos pacientes.

O tema escolhido para o meu projeto de intervenção foi: “Intervenção educativa comunitária sobre diminuição dos fatores de risco para o Diabetes Mellitus na comunidade Santo Antônio”. Eu escolhi este tema porque é confirmada sua elevada importância no cenário da assistência ambulatorial no posto de saúde da comunidade e hospital, suas manifestações crônicas são presentes na nossa realidade e as causas comuns de assistência, absenteísmo no trabalho, hospitalização, incapacidades físicas e mortes.

## **ESTUDO DO CASO CLÍNICO**

Os cuidados de saúde primários são essenciais, acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade através de meios aceitáveis por eles, com sua participação plena e a um custo acessível para a comunidade e o país.

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade (ATENÇÃO BÁSICA-SUS, MINISTERIO DA SAUDE, 2012).

### **Tipos de cuidados de saúde**

O cuidado primário é o mecanismo pelo qual os países e as áreas proporcionam melhor saúde as populações e pessoas, com maior equidade em saúde em subgrupos de população e com menores custos. O objetivo central é organizar sistemas de saúde em torno de um forte sistema centrado no paciente, isto é, cuidados primários (Mendes EV, 2012).

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados a atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, por exemplo, consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBS.

A atenção primária de saúde (APS) vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial, como importante estratégia para diminuir as inequidades dos serviços de saúde. As equipes de saúde da família precisam se organizar nos cuidados que prestam aos indivíduos, família e comunidades, pois as famílias constituem um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele compartilham, ao longo da vida, da família, e precisam de uma série de ajuste para lidar com os problemas que surgem (Diretrizes SBD 2015-2016 - Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 2010).

O genograma e a demonstração gráfica da estrutura e situação familiar, nos permite visualizar com mais facilidade aspectos biológicos, sociais e inter-relações dos integrantes da mesma (Abordagem familiar-TRATADO de Medicina, 2012).



Apresentamos uma família nuclear da comunidade de Não-Me-Toque, estado do Rio Grande do Sul, composta por 2 membros, o genograma é o seguinte:

### **Membros da família**

A S, masculino, raça branca, de 76 anos de idade, aposentado, com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo II.

R S, feminina, raça branca de 62 anos de idade, aposentada, com histórico de Hipotireoidismo.

### **Caso clínico**

Paciente Sr. A S, masculino de 76 anos de idade casado, aposentado, mora com a esposa, ambos residentes em Não-Me-Toque.

### **História de doença atual**

Paciente hipertenso há 16 anos, faz tratamento com Enalapril (20mg) 01 comprimido vo de manhã, Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido vo de manhã, e Diabetes Mellitus tipo II há 8 anos, tratamento com Glibenclamida (5mg) 01 comprimido vo antes do café da manhã e janta e Metformina (850 mg) 3 vezes ao dia, 01 comprimido vo antes de cada refeição. O paciente não tem uma boa adesão ao tratamento, pois toma os comprimidos irregularmente, relata que às vezes esquece-se de tomar os remédios, vem à consulta medica relatando fraqueza, muita sede, dor de cabeça, não lembra direito o nome dos remédios, nem os horários de cada um deles, dados que evidenciam a falta de certeza no tratamento, diz levar uma dieta saudável, com os alimentos

indicados pela nutricionista e a doutora, está afebril, não tem vômitos, urina abundante, clara, defeca sem dificuldade, não relata outros sintomas.

Carteira de vacinação atualizada.

PSA: Atualizado. Negativo.

### **Ao exame físico**

Paciente afebril, com boa coloração da pele e mucosas, mantem boa comunicação, pouca higiene corporal, mau aspecto pessoal.

Temperatura corporal 36,4 °C.

Altura 174 cm peso corporal 73kg. IMC: 24,17.

Glicemia capilar 193g/dl.

Mucosas normocorada, húmidas.

Pele seca, cabelo branco, normal.

Murmúrio vesicular normal, sem barulhos adventícios, frequência respiratória 18r/min.

Batimentos cardíacos rítmicos, sem sopro, frequência cardíaca 84b/min, pressão arterial 160/100 mmHg.

Abdômen plano, indolor, ausência de visceromegalias, ruídos hidroaéreos normais.

Paciente bem orientado em tempo, espaço e pessoa, não signos meníngeos.

### **Antecedentes familiares**

O paciente relata que a mãe morreu de AVC.

Seu pai morreu em um acidente do trabalho.

Explicamos ao paciente a importância do cumprimento adequado do tratamento medicamentoso sem interrupções, esclarecendo doses e horários, respondemos dúvidas sobre estilo de vida saudável em pacientes diabéticos e hipertensos; explicamos como manter uma alimentação correta, baixa em gorduras, sal e açúcares, consumo abundante de frutas e vegetais, manter cuidado e higiene adequadas de mãos e pés, prática periódica de exercícios físicos, pelo

menos 30 minutos de caminhada, 3 vezes por semana, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas ou cigarro.

Solicitamos exames como: Hemograma completo, Glicemia de jejum, HbA1c, Ureia, Creatinina, Ácido úrico, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, EQU, Eletrocardiograma de repouso e PSA.

Na semana seguinte, fizemos uma visita domiciliar compartilhada, a enfermeira e a agente comunitária de saúde, para evolucionar o estado de saúde e fazer uma avaliação integral da família. O paciente reside com sua esposa em um apartamento pequeno, ela tem doença de hipotireoidismo, com tratamento medicamentoso com Levotiroxina Sódica (125mcg) um comprimido uma vez ao dia. As condições higiênicas da moradia são regulares, o senhor A S estava comendo torta de chocolate, com refrigerante Coca-Cola, ao entrevistar a família ficamos sabendo, que eles quase sempre ficam sozinhos, tem três filhos que moram em outros estados, um na Bahia e os dois restantes em Santa Catarina, visitam os pais uma vez por ano. O senhor A S e dona R S são de um caráter difícil, pois não gostam de receber muitas visitas. O sustento deles depende da produção de soja e outros cultivos que recebem de uma terra própria onde empregados a cultivam.

Aos 15 dias após a primeira consulta o paciente vai novamente ao posto, com os resultados dos exames indicados, colesterol total 252, LDL 113, HDL 35, triglicerídeos 244, glicemia em 134g/dl, HbA1c 8,2 %, resto normal. Se evidencia uma hiperlipidemia mista e um inadequado controle da diabetes mellitus.

### **Cifras de PA 140/90mmHg**

Relata que está sentindo-se melhor, tem mais força e vontade para fazer as tarefas e ajudar a esposa em casa, está tomando os remédios de forma adequada, a alimentação disse que não está fazendo de forma correta porque gosta muito dos alimentos fritos, mas que já começou a comprar alimentos integrais, deixou de tomar refrigerantes e agora está tomando suco natural. Quanto a pratica de exercícios, ele e a sua esposa fazem caminhadas todas as tardes e após, se sentam na praça para conversar e tomar chimarrão.

Tivemos outra conversa individual com o casal e marcamos data para uma dinâmica familiar junto com os filhos.

### **Lista de Problemas**

- Hipertensão primaria, melhora das cifras.
- Diabete não insulino dependente, com controle regular.
- Melhora da adesão a dieta.
- Melhora da adesão ao tratamento farmacológico.
- Baixa rede de apoio familiar.
- Hiperlipidemia mista.

### **Tratamento medicamentoso**

Glibenclamida (5mg) 01 comprimido vo antes de cada refeição

Metformina (850mg) 01 comprimido vo antes de cada refeição

Enalapril (20mg) 01 comprimido vo de 12/12 horas.

AAS (100mg) 01 comprimidos vo no almoço.

Hidroclorotiazida (25mg) 01comprimido vo de manhã.

Sinvastatina (20mg) 01comprimido vo na noite.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, junto com a pratica de exercícos físicos e o apoio familiar, além de outras medidas são componentes muito importantes na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, sendo necessário manter um peso adequado, reduzir o consumo de sal e açúcares, controlar a ingestão de gorduras, moderar no consumo de álcool, não fumar e aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitaminas e minerais, componentes indispensáveis para lograr estilos de vida saudáveis.

## **PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

A promoção da saúde e a prevenção da doença são todas as ações, procedimentos e intervenções integrais, com o objetivo de assegurar que a população melhore suas condições e estilos de vida, para viver e desfrutar de uma vida saudável e para se manterem com bom estado de saúde.

No mês de janeiro de 2017 comecei a trabalhar na unidade de saúde da Santo Antônio, município de Não-Me-Toque, na equipe de saúde da família, um dos aspectos que maior preocupação e alarme me causou foi a grande quantidade de pacientes consumidores de psicofármacos. Preocupada com a situação, me dei a tarefa de ajudar a fazer o cadastro de todos esses pacientes, que nem todos estavam registrados: nome, sobrenome, fármaco. Descobri que a maior parte dos pacientes não sabiam por que tomavam o medicamento, outros tomavam de forma contínua porque ninguém nunca mandou parar, consultavam com o psiquiatra e nunca mais regressavam, pois a consulta é cara e não tinham dinheiro para pagar, então pediam renovação da receita com qualquer médico, muitas vezes as receitas eram renovadas pelas enfermeiras e carimbadas pelo médico, claro isso era muito mais cômodo para o paciente e para o médico, esse tipo de receita sempre tem que ser renovada pelo médico, além disso os pacientes devem ser encaminhados ao psiquiatria para acompanhamento e contra referência. Com ajuda do pessoal da unidade de saúde e grande parte da comunidade logramos melhorar o índice de pacientes consumidores de psicofármacos, brindamos apoio bio-psico-social, e explicamos os benefícios que traz consigo a eliminação da dependência farmacológica reduzindo assim consideravelmente as prescrições desses fármacos (TRATADO DE MEDICINA, 2012-ARAÚJO MBS, 2007).

Existe um grupo de saúde mental, que além do apoio e tratamento conceptual, é aproveitado para desabituacão farmacológica, logramos reduzir o número de dependentes aos psicofármacos, mas tem pacientes que ainda continuam com a ideia que todo sintoma ansioso ou depressivo precisa de medicamentos, nós ensinamos a combater e enfrentar essa ideia errada (TRATADO DE MEDICINA, 2012-ARAÚJO MBS, 2007).

### **Quanto a acompanhamento pré-natal e puericultura**

Quanto ao acompanhamento pré-natal e puericultura são planejados e realizados na unidade de saúde, em consultas e visitas domiciliares pela ESF e pelos especialistas de pediatria e ginecologista que consultam com a frequência de duas vezes por semana, onde se realizam ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como consultas de morbidades (ARAUJO MBS, 2007).

Embora estes atendimentos funcionassem adequadamente, percebi que não existia um controle da mulher em idade fértil e tínhamos alta prevalência de riscos pré-concepcional, é dizer mulheres entre 15 e 49 anos, com possibilidade e intenção de engravidar com fatores de riscos não controlados que podiam interferir no desenvolvimento exitoso da gravidez e do feto, como doenças crônicas não controladas, hábitos tóxicos, anemia, doenças bucais, situações socioeconômicas precárias, período Inter genésico curto, etc.; sendo estes fatores responsáveis de gravidez não planejada, aumento no número de cesáreas e baixo peso ao nascer, assim como morbidades maternas e dos infantes.

Então realizamos ações de saúde neste sentido, e ainda continuamos enriquecendo. Primeiramente as ACS fizeram o cadastro de todas as mulheres em idade fértil que foram citadas para consulta. Logo de uma avaliação integral em uma consulta multidisciplinar com médica, psicóloga, nutricionista e odontologia, ficaram classificadas como risco pré-concepcional ou não com conduta pertinente em cada caso. Tanto nas consultas e visitas domiciliar, conversamos, orientamos e negociamos individualmente e com a família as medidas de prevenção, tratamentos e momento adequado para uma melhor gestação. Os resultados favoráveis já estão sendo apreciados na diminuição de gestações não planejadas e gravidas mórvidas (TRATADO DE MEDICINA, 2012-ARAUJO MBS, 2007).

Uma das doenças crônicas que mais dúvidas trazia para as gestantes era a Diabetes Gestacional.



## **Diabetes Gestacional**

Atenção especial deve ser dada à aparição da diabetes diagnosticada durante a gestação. A ela é dado o nome de Diabetes Gestacional. Pode ser transitória ou não e, ao término da gravidez, a paciente deve ser investigada e acompanhada. Na maioria das vezes ela é detectada no 3º trimestre da gestação, através de um teste de sobrecarga de glicose. As gestantes que tiverem história prévia de diabetes gestacional, de perdas fetais, má formações fetais, hipertensão arterial, obesidade ou história familiar de diabetes não devem esperar o 3º trimestre para serem testadas, já que sua chance de desenvolverem a doença é maior (DIRETRIZES SBD 2015-2016).

As complicações da diabetes gestacional surgem durante a gravidez e podem ser:

- Crescimento excessivo do feto que pode resultar em complicações no parto.
- Desenvolvimento de diabetes no futuro.
- Maior risco de aborto ou de o bebê morrer pouco tempo depois.
- Pouco açúcar no sangue ou outra doença no recém-nascido, pois após o parto o bebê não recebe mais glicose da mãe.

Para prevenir estas complicações, é importante detectar precocemente a doença através da realização de vários exames dos níveis de açúcar no sangue e na urina, e isso é feito nas consultas regulares de vigilância ao longo da gravidez (DIRETRIZES SBD 2015-2016).

Existem outros fatores associados que estimulam o desenvolvimento da doença como fatores culturais de alimentação, consumo de álcool, falta de atividade física, etc. (DIRETRIZES SBD 2015-2016).

Na minha unidade realizamos a pesquisa ativa de diabetes através da triagem, segundo a (ADA) permitindo assim a identificação oportuna dos pacientes que tem riscos elevados para apresentar a doença, e assim programamos medidas preventivas com ênfases nas mudanças do estilo de vida.

Nesse sentido nossa ESF, realiza atividades de educação e prevenção em diversos cenários e momentos, estamos atentos sempre à realização de atividades educativas individuais e coletivas que incrementam o conhecimento da diabetes, as formas de prevenção da doença e das complicações, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

## **VISITA DOMICILIAR**

A Estratégia de Saúde da Família, adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 e que tem por objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde até então centrada na doença e com ênfase nas ações curativas individuais e de forma fragmentada, inclui as visitas domiciliares entre as atividades atribuídas a equipe de Saúde da Família (MINISTERIO da Saúde (BR) 2001).

A visita domiciliar (VD) é a atividade externa à unidade mais realizada pelas equipes, principalmente pelo agente comunitário de saúde (ACS), e inclui uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado, configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado; visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extra unidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da visita domiciliar para intervir ou minimizar o processo saúde-doença (MINISTERIO da Saúde (BR) 2006).

A (VD) vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (SANTOS, 2008).

Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal, deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais (TAKAHASHI RF, 2001).

Eu atuo na unidade de saúde Santo Antônio do município Não-Me-Toque, no Rio Grande do Sul, área predominantemente rural, com desenvolvimento urbano ainda em crescimento e uma alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis, pelo que as principais ações de saúde estão orientadas a modificar estilos de vida desfavoráveis para a saúde.

Em nossa unidade o agendamento de visitas ao domicílio pode ser feito por agentes comunitários de saúde, que em suas visitas diárias podem encontrar pacientes com uma situação de saúde preocupante, a pedido de familiares, cuidadoras ou o paciente mesmo, além de ter na unidade o cadastro de pacientes com doenças crônicas que precisam ser visitados. Na reunião da equipe se faz uma análise dos casos e são determinadas quais serão visitados.

Iniciamos nossas visitas do dia 03/04/2018 às 08h30min da manhã, tínhamos programadas cinco visitas. Descreverei uma para a qual fomos chamados pelo cuidador.

Endereço: Rua Mimosa # 251.

Ao chegar ao domicilio fomos recebidos pelo senhor M C P, esposo da paciente a ser visitada e único cuidador da mesma.

PACIENTE: F C P, idosa de 86 anos de idade, casada, aposentada, com dois filhos, antecedentes de Insuficiência Crônica das Veias Periféricas, há cinco anos foi diagnosticada com a doença; Obesidade Mórbida, além disso apresenta também Diabetes Mellitus Insulinodependente, praticamente acamada, porque é muito difícil para seu esposo a mobilização. Encontramos a paciente deitada em uma cama de casal. Ela tem muitas dificuldades para se mover de um lugar a outro por causa do déficit da mobilização.

### **Queixas do momento**

A paciente F C P relata estar preocupada porque tem dificuldades para conciliar e manter o sono.

### **Exame físico**

Paciente irritável, pouco cooperativa, mas mesmo assim permite o exame físico.

### **Tratamento atual**

Faz uso de AAS, Metformina, Glibenclamida, Insulina NPH, Omeprazol e Clonazepam gotas e, no momento de Bactrim para infecção do trato urinário. Toma a medicação em horários fixos e estão devidamente organizados em uma caixa ao lado da cama da paciente. Além disso ela mantém consultas e acompanhamento com a nutricionista.

### **Cuidador**

Ela é cuidada pelo esposo, não tem nenhum outro cuidador, ele é o único que cuida de seus hábitos higiênicos e alimentação.

### **Estrutura familiar**

Só o casal mora no apartamento.

### **Situação de saúde e de vida**

Eles são pessoas de baixo poder aquisitivo, conta o senhor M C P que quando eles têm que sair de casa para ir ao médico ou realizar alguma outra gestão, um dos filhos que mora relativamente pertinho, leva eles de carro. Eles são visitados frequentemente pela ACS Dona Gloria, que mantém a equipe informada da situação da paciente.

### **Alimentação**

O esposo é o responsável pelo preparo dos alimentos na casa. No café da manhã e no almoço a comida é integral, segundo as orientações, sempre respeitando as 6 refeições do dia, mas ela refere-se que as vezes na janta, só toma um café com um pedaço de bolo.

**Ferramentas sociais envolvidas**

Não recebem ajuda social.

### **Domicílio**

Apartamento de alvenaria, piso em cerâmica, contendo dois quartos, sala, cozinha e área de serviço. Os quartos são um pouco estreitos, mas confortáveis para a convivência de um casal, o estado de conservação do ambiente é bom, devidamente limpo. Eles moravam no interior, em uma casa maior, foi decidido ir para esse apartamento para maior comodidade e também estar mais perto de um dos filhos.

### **Fontes de prazer do paciente**

A Sra. Correia tem atividades diárias de prazer como fazer crochê e assistir as novelas que ela gosta na tv.

### **Plano de cuidados**

Continuar com as visitas do Agente Comunitária de Saúde e as visitas médicas periódicas, além de fornecer apoio emocional para a paciente e seu esposo, preparar uma entrevista com os filhos para conversar sobre os cuidados contínuos que sua mãe precisa e a importância vital que implicaria um apoio e ajuda adicional para seu pai. Explicar os adequados hábitos alimentares que deve levar a paciente para evitar uma descompensação das suas doenças.

### **Problemas crônicos**

Diabetes Mellitus, Insuficiência Crônica das Veias Periféricas, Obesidade.



**Problemas agudos**

Transtorno do sono e Infecção do trato urinário.

Foram dadas orientações gerais sobre os cuidados e alimentação da paciente, também falamos sobre o horário de sono adequado para ela, e foi agendado uma visita domiciliar para a próxima semana, com a participação da nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo.

## CONCLUSÃO

A atenção primária, também denominada como atenção básica, é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das pessoas. É desenvolvida próxima da vida das pessoas, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (OPAS/OMS, 1978).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. A ESF iniciou-se com o Programa de Saúde da Família em 1994, pelo Ministério da Saúde. Esse movimento desencadeou um processo de mudança de paradigma no atendimento à saúde, deslocando o foco do indivíduo para a família e a comunidade, de forma mais abrangente, privilegiando a promoção e a prevenção em detrimento do assistencialismo curativo desvinculado da realidade social, vigente até então (STARFIELD, 2004).

O Programa de Saúde da Família vem não só melhorando o acesso da população ao sistema, tem proporcionado considerável melhoria na qualidade do atendimento oferecido, traduzido por um atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade a que assiste o que traz um admirável grau de satisfação da população e das próprias equipes de saúde. Possibilitou focalizar o trabalho na atenção à família, com base no processo saúde-doença, direcionando as intervenções para o contexto político-social que conseguisse transformar as ações de melhoria das condições de vida de toda sociedade (ARAÚJO MBS, 2007).

Em essência, com os princípios que regem a proposta da ESF busca-se desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Esses princípios são responsáveis por uma atuação precoce no desenvolvimento das doenças, assim como pelos riscos sanitários e ambientais, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos.

Trabalhar na Unidade de Saúde da Família Posto Santo Antônio do município Não-Me-Toque, RS como médica cubana formando parte do Projeto Mais Médicos e muito gratificante. Tem permitido a boa valoração do programa, implantado pelo Governo Federal para lograr alcançar mais saúde nos mais necessitados, desempenhando um papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde integral e de qualidade.

Com a realização da especialização em saúde da família na modalidade educação a distância se lê permite aos profissionais da saúde acrescentar os conhecimentos sobre a abordagem das doenças e outros problemas do bem-estar físico e mental da população. Além de ter sido um longo e difícil caminho para percorrer, vencendo obstáculos e muitas dificuldades como a qualidade do serviço da internet e o difícil acesso de nossos lugares de trabalho e moradia; a formação a distância é uma nova experiência para a gente, que constitui uma interessante forma de estudo, com valiosos instrumentos que às vezes pela falta de prática não logramos aproveitar ao máximo, como são as discussões e fóruns dos casos clínicos, que permite alcançar uma nova visão dos problemas e soluções a través da interação entre colegas. As discussões de casos clínicos muitas vezes tiraram dúvidas sobre alguns aspectos e reforçaram conhecimentos sobre outros. Também ajudaram na aquisição de habilidades com os protocolos de atendimento no Brasil que posteriormente influíram positivamente nas nossas condutas médicas no dia a dia nas Unidades de Saúde, as quais foram modificadas e aprimoradas através do aprendizado na pós-graduação.

Em geral o curso tem sido de muita importância na minha prática profissional, proporcionando-me novos conhecimentos sobre a estratégia da saúde da família, trazendo mudanças no processo de trabalho no posto de saúde, contribuindo com uma melhor preparação como profissional, seguido de uma adequada atenção à população.

A estratégia da saúde da família com a participação de toda a equipe pode contribuir para melhorar a situação da população, com a realização de atividades de promoção e prevenção de saúde, conversas individuais, palestras públicas, dinâmicas familiares dos diferentes temas, que são de muita importância para melhorar a qualidade de vida da população. Um dos temas que mais gostei e também chamou minha atenção foi o relacionado com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Tema de grande importância, porque com poucos gastos e recursos a gente pode obter bons resultados, somente com o trabalho do dia a dia e sempre lembrando que prevenir é melhor do que curar.

Na esfera dos serviços de saúde, a promoção da saúde, ocorre tradicionalmente de duas formas: ações preventivas e ações assistenciais envolvidas no ato de cuidar. A função de nossa equipe é o cuidado individual e familiar, ou seja, responder às necessidades da população, contribuindo para a promoção e prevenção da saúde, com a mesma importância do atendimento, na demanda espontânea sem que uma atividade atrapalhe a outra (CHAVES LM. 2002).

A promoção e prevenção de saúde são pilares importantes na prática médica, pois estão dirigidas a programar a saúde da pessoa antes que aconteça uma patologia, agravo ou complicação, desenvolve ações tanto no campo próprio da saúde, como de outros setores coadjuvantes. É preciso intervir em todas as esferas da vida do paciente, aspectos biológicos, psicológicos e sociais, o que cobra treinamento, conhecimento, esforço e persistência do profissional, com o objetivo de elevar a educação sanitária da população. O profissional da saúde não é um ente só assistencial, também é um educador e administrador de estilos e condutas de vida saudáveis (LOCK-Neckel C, 2009).

As ações de prevenção de doenças têm sido de muita importância nas duas ou três últimas décadas, pois se conseguiu demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população (relativos não somente a doenças transmissíveis como as não transmissíveis) são na maioria preveníveis. Evidências desta afirmação é a significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, diminuição da prevalência de consumo de fumo, e da incidência de câncer do pulmão em homens. Portanto e apesar da barreira de diferença de idioma, a gente pretende levar aos pacientes, famílias e comunidade em geral nossa experiência na contribuição a saúde familiar nesta região da geografia brasileira. Por meio de nosso trabalho, do dia a dia, podemos conhecer as necessidades individuais da família e da comunidade, e também identificar como é a moradia, crenças religiosas e costumes dos pacientes, participando nas atividades de reabilitação dos pacientes que precisam das mesmas com uma avaliação integral. É de muita importância para o bom trabalho em equipe contar com a ajuda da fisioterapeuta, psicóloga e a nutricionista interagindo diretamente com os pacientes na comunidade, experiência linda e inesquecível que permite ser melhor profissional e melhor ser humano cada dia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194,196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/>.

FAUSTO, M.C.R. Dos Programas de medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, 2005. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/diseminacao/eventos/missao/planejamento\\_estrategico\\_ibge\\_2012\\_2015.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/diseminacao/eventos/missao/planejamento_estrategico_ibge_2012_2015.pdf)

Atenção básica - SUS: O que é? Leia mais no Pense SUS | Fiocruzpensesus.fiocruz.br/atenção – básica.

MINISTERIO da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): OPAS; 2012.

DIRETRIZES SBD 2015-2016 - Sociedade Brasileira de Diabetes, disponível em [www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf](http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf).

Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros Cardiologia 2010;95(1supl.1):1-51.

Abordagem familiar e genograma em Tratado de Medicina de Família e Comunidade.

Gusso e Lopes. Volume 1 Cap.26 p.221-232. 2012

TRATADO DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. Gusso e Lopes. Volume Cap.40 p.346-356. 2012.

ARAUJO MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007,12(2). [Citado em: 2010 sets 23] Disponível em: <http://www.scielo.org>

MINISTERIO da Saúde (BR). Programa saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. [ Links ]

MINISTERIO da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde. Portaria n. 648, 28 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.

SANTOS EM Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008; 10(1): 220-7.

TAKAHASHI RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Fundação Telefônica. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43 (Série A. Normas e Manuais; 135).

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

CHAVES LM. Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritos em Goiânia [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e Saúde, Universidade do Rio de Janeiro; 2002. 118 f.

LOCK-NECKEL C, Seeman G, Eidt HB, Rabusk MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva, 2009,14(Supl 1):1463-72.

**ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA  
SAUDE DE PORTO ALEGRE**

**DIXANDRA HERNÁNDEZ LEYVA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COMUNITÁRIA SOBRE DIMINUIÇÃO DOS  
FATORES DE RISCO PARA O DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE SANTO  
ANTÔNIO, NO MUNICÍPIO DE NÃO-ME-TOQUE, RIO GRANDE DO SUL.**

**Não Me Toque  
2018**



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
	Objetivo Geral.....	28
	Objetivos Específicos.....	28
<b>3.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>29</b>
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
	Cenário da intervenção .....	31
	Sujeitos envolvidos .....	31
	Estratégias e ações.....	32
	Avaliação e Monitoramento .....	34
<b>5.</b>	<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>36</b>
	Recursos Físicos.....	36
	Recursos Materiais.....	36
	Recursos Humanos.....	36
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>38</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>41</b>

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus e suas complicações (cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar não cetoico) são os transtornos mais comuns do metabolismo de carboidratos, mas a cetoacidose alcoólica e a hipoglicemia também são importantes.

A American Diabetes Association define o Diabetes Mellitus como:

Um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação de insulina ou ambos. A hiperglicemia crônica de diabetes está associada a danos prolongados, disfunção e falha de vários órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. (ADA, 2002, p.2)

De acordo com as guias da American Diabetes Association (ADA 2016) o Diabetes Mellitus é classificado nas seguintes categorias:

Diabetes tipo 1 (destruição de células  $\beta$  do pâncreas com déficit absoluto de insulina), Diabetes tipo 2 (perda progressiva de secreção de insulina com resistência à insulina), Diabetes Mellitus Gestacional (GDM) diabetes que é diagnosticado de acordo, normalmente no terceiro trimestre da gravidez, Diabetes específico para outras causas (por exemplo: MODY, *fibrose* cística, diabetes induzida por medicamentos).

É bom ressaltar que há 6 anos, no mundo, estimava-se que havia aproximadamente 366 milhões de pessoas com diabetes, uma cifra que deverá aumentar consideravelmente nos próximos anos, com maior porcentagem na população latina, constituindo a terceira causa de morte.

O aumento do número de pessoas com diabetes é, em grande parte, devido à influência da obesidade e estilo de vida sedentário adotado, como hábitos de vida negativos das diferentes sociedades.

No final da década de 1980, estimou-se no Brasil que o diabetes ocorria em cerca de 4% da população, hoje estudos revelam que no 2006 existiam um 5,6% da população, cifra que aumentou no final de 2011 para um 8%, principalmente nas idades de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras e com o passar dos anos esta se elevou em alta

porcentagem (INSTITUTO BRASILEIRO, 2010-DE LA PAZ, 2015).

Existem estágios intermediários que precedem a Diabetes Mellitus como intolerância à glicose alterada e a glicose diminuída e múltiplos fatores de risco que aumentam a aparição da doença, entre os quais temos: maior taxa de urbanização, aumento do índice de envelhecimento da população, falta de prática de exercícios físicos, estilo de vida sedentário, obesidade e abuso na ingestão de alimentos ricos em calorias (SOCIEDADE BRASILEIRA, 2007).

Estudos de várias partes do mundo mostram os efeitos positivos que trazem consigo o processo educativo em diabetes ao trabalhar sobre estes fatores os quais são totalmente modificáveis e assim permite reduzir a aparição da doença e de suas complicações no mundo inteiro, mediante estratégias educativas em cada comunidade, pois cerca de 60% desconhece a presença disto, e portanto, não tomam os cuidados necessários; uns 20% a 30% os conhecem mas não sabem como atuar para reduzir eles e prevenir a aparição da doença e começam a apresentar algumas das manifestações clínicas de suas complicações crônicas (DIRETRIZES 2016).

Como o diabetes mellitus é uma doença crônica não transmissível com uma etiologia diversa e uma evolução complexa, uma série de ações devem ser realizadas, ligadas ao processo de promoção e prevenção da saúde, apoiado por programas de controle de saúde, com o objetivo de educar a comunidade, implementando estilos e hábitos de vida social e culturalmente saudáveis.

Hoje em nosso município temos conhecimento sobre informações estatísticas específicas sobre a incidência desta doença em relação à sua ocorrência, porém é confirmada sua elevada importância no cenário da assistência ambulatorial no posto de saúde da comunidade e hospitalar, suas manifestações crônicas são presentes na nossa realidade e as causas comuns de assistência, absenteísmo no trabalho, hospitalização, incapacidades físicas e mortes. Considerando que a prevenção da diabetes implica na prática de um conjunto de ações educativas para evitar ou diminuir os fatores de risco na população é que propomos a realização do presente projeto de intervenção.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Promover orientação para a prevenção de Diabetes Mellitus e suas complicações na UBS Santo Antônio do Município Não Me Toque, Rio Grande do Sul.

### **Objetivos Específicos**

- Elevar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco da Diabetes Mellitus na comunidade Santo Antônio do Município Não Me Toque.
- Controlar os fatores de risco presentes na comunidade para diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus.
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos na comunidade Santo Antônio, do Município Não Me Toque, Rio Grande do Sul.

## REVISÃO DE LITERATURA

A Diabetes Mellitus é um problema mundial de saúde cuja prevalência e incidência aumentou acentuadamente em 2007, havia 246 milhões de diabéticos, com idade entre 20-79 anos, prevalência de 6%, em 2025 serão 380 milhões de diabéticos esperados com idade de prevalência entre 20-79 anos para um 7,3% (SOCIEDADE BRASILEIRA, 2007- DIRETRIZES, 2015-2016).

Segundo a OMS, é uma das dez principais causas de morte em todo o mundo. Muito contribui para a deficiência e afeta o aumento de internações e uso de serviços de emergência, nos deparamos com uma situação de saúde complexa, mas que é sensível a evoluir de forma mais favorável, erradicando hábitos nocivos, e a modificação dos fatores de risco susceptíveis de tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA, 2002).

A Organização Mundial da Saúde levanta a necessidade de reduzir o risco relativo de DM, para o qual o acesso aos serviços de saúde é essencial, bem como desenvolver atividades para promover a saúde da população e prevenção em indivíduos de risco de diabetes, que é conseguido por ações tais como a modificação de fatores de risco ambientais ou determinantes de tipo comportamental (BRASIL, 2015).

Pelo aumento nestes grupos de risco, em paralelo com a epidemia global de obesidade e diabetes, e conscientização da comunidade médica, refletida em sua literatura nos últimos anos, os resultados de múltiplas investigações são relatados para reduzir o risco de diabetes mellitus tipo 2. Os principais fatores ambientais que aumentam o risco de diabetes tipo 2 são: a ingestão excessiva de alimentos e estilo de vida sedentário, com o conseqüente excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2005-KNUTH, 2007).

É responsabilidade dos profissionais da unidade básica de saúde educar aos pacientes, tanto na prevenção da doença, quanto na realização de um bom controle glicêmico, explicando e mostrando claramente os critérios diagnosticados para diabetes mellitus.

É considerado um valor de glicose plasmática normal à glicemia plasmática em jejum (GPJ)  $< 100\text{mg} / \text{dl}$  ( $< 5,6\text{mmol} / \text{l}$ ), há uma alteração da regulação da glicose quando a glicose está entre  $100\text{-}125\text{mg} / \text{dl}$  ( $5,6\text{-}6,9\text{mmol} / \text{l}$ ) e diagnóstico de diabetes mellitus para valores de glicose  $\geq 126\text{mg} / \text{dl}$  ( $\geq 7\text{mmol} / \text{l}$ ).

O teste de tolerância oral à glicose (TTOG) é considerado normal quando os valores são < 140mg / dl (< 7,7mmol / l), há uma alteração dos valores de regulação da glicose entre 140-199mg / dl (7,7-11mmol / l) e diagnóstico de diabetes mellitus com valores  $\geq$  200mg / dl (11,1mmol / l).

Após anos de hiperglicemia mal controlada, existem múltiplas complicações, principalmente vasculares, que afetam os vasos sanguíneos pequenos (microvasculares) e / ou grandes (macrovasculares).

Suas complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose, coma hiperosmolar) são um resultado do controle inadequado da doença, enquanto complicações crônicas (cardiovascular, doença renal, retinopatia, neuropatia e danos microvasculares) são uma consequência da progressão da doença (GLADYS, 2011).

A maioria dos sinais e sintomas comuns: Poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, apesar de polifagia. Os sinais ocorrem porque a glicose não pode ser armazenada em tecidos, porque eles não recebem o sinal da insulina. Também se pode experimentar fadiga ou cansaço e mudanças na acuidade visual (GARCIA, 2007).

É importante lembrar que o objetivo final do atendimento integral das pessoas com diabetes mellitus para melhorar a sua qualidade de vida, impede o aparecimento de complicações no curto e longo prazo e assegura o curso normal das atividades diárias. É, portanto, necessário para manter níveis normais de glicose no sangue, utilizar métodos adequados que se encontram em grande parte nas mãos dos pacientes. De seu nível de compreensão, habilidades práticas e motivação para atender às demandas de autocuidado diário dependerá o sucesso ou fracasso de qualquer indicação terapêutica. Todo o contato com o paciente, em seguida, tem um objetivo educacional, a ideia clara, que não há nenhum tratamento eficaz do diabetes, sem educação de seu portador.

A combinação do reajuste do modelo de saúde do país onde o nível primário assume responsabilidade pela educação sobre fatores de risco e detecção precoce de pacientes diabéticos na comunidade, nos dá a base para usar esta ferramenta como um método de intervenção preventiva a nível da comunidade e permite-nos informar, motivar e capacitar as pessoas com fatores de riscos, e seus parentes afetados pela doença, para manter estilo de vida que lhe permitirá alcançar o controle metabólico ideal e prevenir ou retardar as complicações dentro da família e melhorar a qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

### **Cenário da intervenção**

Santo Antônio é um bairro pequeno, situado na parte norte do município de Não-Me-Toque. Faz divisa com o Bairro Central e com o Bairro Vila Nova. A quantidade de habitantes no bairro se aproxima de três mil. O bairro é composto por casas humildes de classe média, pequenos prédios, uma escola e uma creche, a escola de educação especial (APAE, Associação de pais e amigos dos excepcionais), Igreja Católica e uma Evangélica, um pavilhão para festas e eventos da comunidade, possui quadra esportiva e campo de futebol, também possui comércio, alguns minimercados e a Unidade Básica de Saúde.

A UBS da Santo Antônio encontra-se integrada por 11 trabalhadores: uma enfermeira que faz função de coordenadora do centro, 1 médico clínico do programa mais médicos, 2 odontologistas, 1 técnica de enfermagem, 4 assistentes de saúde e 1 funcionário no balcão.

Brinda os serviços de: clínica geral, odontologia e serviços de enfermagem, curativos, aplicação de medicamentos injetáveis, inaloterapia, todos eles com todas as condições necessárias, e com funcionamento adequado, de acordo com o horário de trabalho de 8 horas diárias, excetuando os finais de semana.

### **Sujeitos envolvidos**

Participarão deste estudo de intervenção, as pessoas atendidas na Unidade Básica de Saúde da Santo Antônio, do município Não-Me-Toque, estado de Rio Grande do Sul, que possuem situação de vulnerabilidade e aqueles pacientes já diabéticos que desejam ampliar seus conhecimentos sobre a doença, que desejem participar do projeto de intervenção educativa sobre fatores de risco da diabetes mellitus.



## **Estratégias e ações**

O projeto trata-se de uma proposta de intervenção educativa para elevar os conhecimentos dos pacientes sobre os temas da Diabetes Mellitus, para ele se desenhará uma estratégia de atividades, mediante o uso das técnicas educativas, e assim obter os objetivos traçados.

O trabalho tem como objetivo a modificação dos estilos de vida e nível de conhecimento da Diabetes na população. Inicialmente o conhecimento do contexto em que o problema está inserido para que sejam efetivadas as articulações entre UBS e a comunidade.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família junto aos educadores pertencentes às diversas instituições escolares da comunidade e os coordenadores da saúde do município terão que ser envolvidos no trabalho. A organização dos temas a serem tratados com as pessoas, famílias e comunidades devem ser pautados em situações práticas reais, estimulando a promoção de saúde.

O plano de intervenção será realizado em três etapas:

- Etapa 1: esta etapa começa com a identificação em consultas clínicas e procura espontânea do atendimento, onde será constatada a presença de fatores de risco nas pessoas atendidas em cada consulta, além de todas aquelas outras pessoas que desejem participar do projeto, tanto pessoas aparentemente sanas como diabéticos, assim os aparentemente sano previne-se que desenvolvam a doença e os pacientes diabéticos evitam a aparição das complicações, melhorando a qualidade de vida. Os participantes receberão um convite para participar da apresentação do projeto e sua importância na mudança de estilos de vida da comunidade e uma vez aceito o convite, os pacientes serão informados que farão parte de um estudo e participarão mediante concordância e preenchimento de termo de consentimento esclarecido (Anexo 1).

- Etapa 2: esta etapa consiste em desenvolver um cronograma de atividades uma vez selecionados os sujeitos a participar. Serão desenvolvidos quatro encontros com uma frequência semanal, no horário da tarde, com duração de uma hora cada um, os quais se realizarão num local que permita a visão e audição correta, as palestras terão 40 minutos para explanação oral deixando-se os 20 minutos restantes para discussões e dúvidas entre os participantes.

- 1º encontro: Para a identificação de fatores de risco para o diabetes, os pacientes responderão um questionário que será aplicado de forma individual pelo tutor com o objetivo de conhecer o nível de conhecimento sobre o diabetes que eles têm até o momento, com linguagem clara e adequada para eles, sobre conceito da doença, perfil epidemiológico, os fatores de risco, características clínicas, complicações e importância do tratamento não farmacológico (Anexo 2).

- 2º e 3º encontros: serão realizadas palestras educativas sobre a doença conferindo temas acessíveis aos pacientes (palestras simples), mediante técnicas educativas e participativas efetivas para alcançar os objetivos propostos, com auxílio de vídeos demonstrativos sobre a patologia, gráficos, para que desta forma o conhecimento seja assimilado de uma forma mais memorável e menos monótona (Anexo 3).

Como cada paciente tem suas próprias características, necessidades, inquietudes e maneiras de responder à mensagem educativa, será levado em conta que suas exigências variam conforme a sua idade e nível de escolaridade, pelo que se dividirão em grupos etários de 20-49 anos e de 50 e mais anos de idade.

- 4º encontro: neste encontro se realizará um debate global sobre a doença. Os participantes serão divididos em dois grupos, os quais discutirão os tópicos ensinados e como prevenir a doença a partir da existência de fatores de risco e suas complicações uma vez que já sejam diagnosticados como diabéticos, além disso, se discutirá sobre as responsabilidades dos indivíduos, a comunidade e a famílias na educação e prevenção da diabetes mellitus.

Os resultados obtidos nas discussões dos grupos serão expostos em plenária final acompanhada por um facilitador que terá o papel de esclarecer dúvidas e promover a construção de novos conceitos e práticas aplicáveis à realidade local.

- Etapa 3: esta etapa consiste em realizar atividades educativas com dinâmicas de sensibilização, conscientização e promoção nos espaços existentes na comunidade.

É de fundamental importância a participação ativa das pessoas, no processo de intervenção para incorporar o sentimento de pertence, que promovam a construção de sua autonomia pessoal.

Para fundamentar as questões que serão abordadas na construção da proposta de intervenção, foram realizadas pesquisas acerca do Diabetes nas consultas ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em busca de dados referentes ao município acerca da doença. Serão elaboradas ações permanentes de promoção da saúde considerando os saberes populares em saúde e todos os recursos disponíveis no serviço de saúde e na comunidade.

### **Avaliação e Monitoramento**

Neste momento do projeto se realizará a aplicação do mesmo questionário aplicado inicialmente aos pacientes que participaram da intervenção, comparando os resultados obtidos com os do início e desta forma se revelará se foi cumprido o objetivo geral da intervenção. Serão definidos os indicadores qualitativos da avaliação. Os resultados obtidos serão analisados pela equipe e se realizarão os ajustes requeridos. Se utilizará suporte eletrônico, em Windows 8. Os textos e tabelas se processaram em Microsoft Word e Excel 2013. Os resultados serão apresentados em tabelas, cada uma das variáveis a analisar em um formato padrão através de números absolutos e porcentagens. As diferenças do grupo em diferentes momentos (antes e depois da intervenção) serão determinadas em cada variável.

## CRONOGRAMA

O presente projeto de intervenção será implementado e desenvolvido durante cinco meses do ano de 2017, como detalhado na tabela abaixo.

<b>Atividades</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>
Elaboração do projeto de intervenção	X	X				
Aprovação do projeto pelos gestores		X				
Revisão e estudo da literatura	X	X	X			
Implementação e Desenvolvimento		X	X			
Avaliação e monitoramento dos Resultados		X	X			
Redação do Relatório de Atividades		X	X	X		
Entrega do Relatório Final					X	X
Divulgação dos Resultados						X

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **Recursos Físicos**

Salas para consultas 1

Sala para realização de grupo

### **Recursos Materiais**

Canetas

Esfigmomanômetro 1

Balança 1

Equipamento de multimídia 1

Requisição para exames de laboratório

Pasta para arquivo de planejamento das atividades 1

Lista com pacientes estratificados

Boletins de atendimento

Prontuários dos pacientes

### **Recursos Humanos**

Profissionais:

Médico 1

Enfermeira 1

Tec./ aux. Enfermagem 1

ACS 4

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se estimular modificações no estilo de vida da comunidade através da promoção de saúde, capacitar a equipe de saúde para reforçar o trabalho preventivo educativo na comunidade e diminuir os fatores de risco do Diabetes e seus agravos.

Uma vez concluída a implementação do projeto de intervenção, o mesmo servirá como uma importante ferramenta para elevar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco da Diabetes Mellitus, fazendo mudanças nos estilos de vida de cada pessoa, com o objetivo de diminuir a incidência desta doença e assim evitar complicações severas pela mesma, permitindo sempre a participação comunitária como principal gestor no processo de promoção de saúde.

Os resultados do estudo podem ser aproveitados tanto para o planejamento das ações educativas em saúde, como para a formulação de novas políticas públicas de saúde destinadas as comunidades, e, até mesmo reformular as políticas já existentes, que incluam a necessidade de fomentar uma mudança do estilo adequado como medidas preventivas efetivas, que reforcem a ação e reflexão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus 2002, Disponível em <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2007.S5> (Consultado 28 de junho 2017)
2. GUÍA-ADA-2016\_RESUMEN-CLASIFICACIÓN-Y-DIAGNÓSTICO-, Disponível em [http://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/gu%c3%8da-ada-2016\\_resumen-clasificaci%c3%93n-y-diagn%c3%93stico-de-la-diabetes.pdf](http://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/gu%c3%8da-ada-2016_resumen-clasificaci%c3%93n-y-diagn%c3%93stico-de-la-diabetes.pdf) (Consultado 28 de junho 2017 )
3. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade. Disponível em [www.aemsbem.com/media/uploads/09\\_10356\\_ABEM\\_546.pdf](http://www.aemsbem.com/media/uploads/09_10356_ABEM_546.pdf) (Consultado 28 de junho 2017 )
4. American Diabetes Association. (ADA). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2010; disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797382/pdf> (Consultado 29 de junho 2017)
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999. Disponível em [http://www.int/dietphysicalactivity/strategy/.../strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.int/dietphysicalactivity/strategy/.../strategy_spanish_web.pdf) (Consultado 29 de junho de 2017)
6. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. The IDF Diabetes Atlas. 5a Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2011.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 disponível em



[http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/missao/planejamento\\_estrategico\\_ibge\\_2012\\_2015.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/missao/planejamento_estrategico_ibge_2012_2015.pdf) (Consultado 02 de julho 2017)

8. DE LA PAZ, KL. et al. Intervención educativa en adultos mayores diabéticos. *Multimed.* 2011;15(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2011/v15-3/8.html> (Consultado 02 de julho de 2017)

9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2007: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo; 2007.

10. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES – 2002 – Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2002

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> (Consultado 19 de julho de 2017)

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.

13. KNUTH, AG. et al. Conhecimento dos acadêmicos de Educação Física sobre os efeitos da atividade física na prevenção e tratamento do diabetes. *Ver Bras Ciênc Mov* 2007; disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/06.pdf> (Consultado 25 de julho de 2017)

14. GLADYS, A. et al. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria 2011. disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n3/4517> (Consultado 03 de agosto de 2017)

15. GARCÍA, R. et al. Resultados de la estrategia cubana de educación en diabetes tras 25 años de experiencia. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php> (Consultado 05 de agosto de 2017)

**ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar no estudo de intervenção, sobre atividades educativas que poderão auxiliar na mudança de estilo de vida, do paciente diabético, sobre a responsabilidade da Dra. Dixandra Hernandez Leyva, a qual pretende educar sobre hábitos de vida saudáveis. A participação é voluntária e se dará por meio de questionários. Após a coleta de dados para admissão ao projeto, serão ensinados os temas educativos, e a partir de então, serão feitos novos questionários. Logo, haverá uma comparação, individual e coletiva, entre os questionários pré e pós-projeto. O projeto estará contribuindo para a melhora na qualidade de vida dos pacientes. Caso, após consentir em participar ou desistir, o Sr (a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, compreendi e concordo com todas as informações contidas no texto escrito acima e desejo participar do projeto com livre e espontânea vontade.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável.

**ANEXO 2- QUESTIONÁRIO PARA MEDIR O NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE A DIABETES MELLITUS**

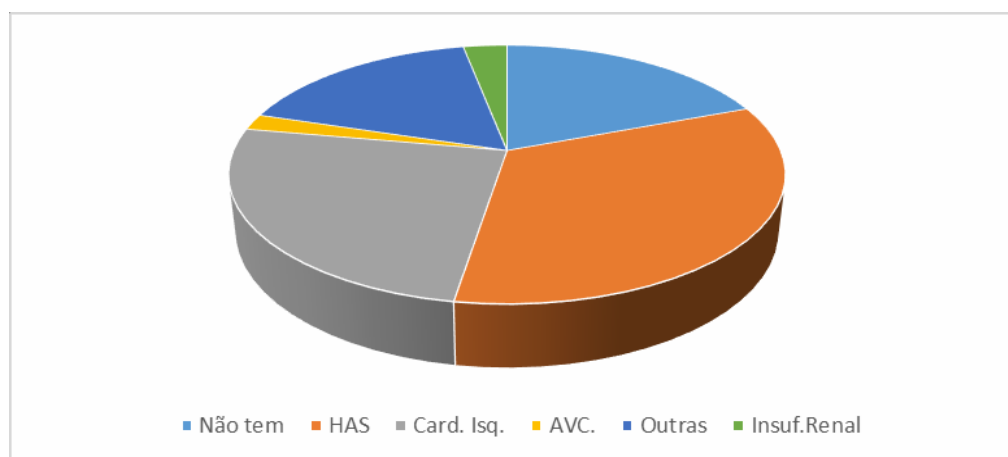
1. Voce conhece o que é a Diabetes Mellitus? Sim ..... Não .....
  
2. Apresenta você Diabetes Mellitus? Sim ..... Não .....
  
3. Conhece alguma pessoa com Diabetes? Sim ..... Não .....
  
4. Sabe quais são os sintomas da Diabetes? Sim ..... Não .....
  
5. A obesidade pode provocar Diabetes? Sim ..... Não .....
  
6. O consumo de tabaco e álcool podem provocar Diabetes? Sim .... Não ....
7. Sabe qual grupo de pessoas é o mais afetado pela Diabetes? Sim .... Não....
  
8. Você acredita que a Diabetes Mellitus pode colocar em risco sua vida? Sim ..... Não .....
  
9. Para você a Diabetes é uma doença que tem cura? Sim ..... Não .....
  
10. Você acha que alguma das doenças do cérebro, do coração e dos rins podem ser complicações da Diabetes? Sim ..... Não .....

11. Realizar exercícios físicos frequentemente ajuda a controlar o Diabetes? Sim.... Não

.....

12. Você acredita que o Diabetes pode-se prevenir? Sim ..... Não .....

13. Você acredita que é responsabilidade do profissional da saúde (médico, nutricionista ou enfermeira) prevenir a Diabetes? Sim ..... Não .....

**ANEXO 3 - IMPORTANTE CONHECER SOBRE DIABETES MELLITUS**

Doenças crónicas associadas a Diabetes Mellitus.



Pirâmide alimentaria demonstrativa e didática sobre alimentação saudável para pacientes diabéticos.

