



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

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Professor-orientador: Patrícia Maria Barros Thomas.

Discente: Yurianny Fariñas León.

Coari – AM

2017

SUMÁRIO:

1 Atividade 1 do Portfólio – Introdução -----	3
2 Atividade 2 do Portfólio – Estudo de Caso Clínico -----	6
3 Atividade 3 do Portfólio – Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças -	12
4 Atividade 4 do Portfólio – Visita Domiciliar/Atividade no Domicílio -----	15
5 Atividade 5 do Portfólio – Reflexão Conclusiva -----	20
6 Referências Bibliográficas -----	24
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção -----	25
8 Outros Anexos -----	50

1. ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO – INTRODUÇÃO

Meu nome é Yurianny Fariñas León, tenho 35 anos, sou de nacionalidade cubana e natural da província de Sancti Spíritus, lugar onde cresci e terminei minha educação básica e média em escolas públicas. Posteriormente e através de provas de ingresso à educação superior cursei estudos em medicina, graduando-me com o título de doutor em medicina em 12 julho de 2007 pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Villa Clara “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Comecei minha carreira profissional como médico da família na minha cidade natal, trabalhando num Consultório Médico da Família (CMF) por um período de dois anos, atendendo à população adscrita ao mesmo e fazendo atividades individuais e coletivas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Conjuntamente, iniciei a residência médica em Medicina Geral Integral (MGI) no Instituto Superior de Ciências Médicas de Sancti Spíritus “Dr. Faustino Pérez Hernández”, onde me graduei de especialista em MGI em novembro de 2009. Já tenho 10 anos de experiência profissional.

Em fevereiro de 2010, como parte de uma missão médica cubana de solidariedade (“Missão Bairro Adentro”), cheguei a Venezuela, onde prestei serviços de saúde da família no município Miranda do estado Zulia por um termo de quase 4 anos, oferecendo saúde aos mais necessitados, sempre com a premissa da promoção e prevenção de saúde assim como trocando experiências com o povo e os profissionais desse país.

A meu retorno a Cuba, a finais do ano 2013, continuei trabalhando na atenção primária de saúde num consultório médico da família assim como fazendo plantão na policlínica “Ramón Balboa Monzón”. Posteriormente fui chamado para participar no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em dezembro de 2015. O dia 23 de julho de 2016 cheguei a Brasil, e no mês de agosto, aderi oficialmente ao PMMB e, desde então, atuo no município de Coari do estado Amazonas há aproximadamente um ano e um mês.

Estou lotado na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Dr. Genival Montenegro Guerra”, localizada no bairro Santa Efigênia. A UBS fica num território intermédio entre o centro da cidade e a periferia por quanto tem uma boa acessibilidade para a população em geral já seja caminhando ou por transporte.

Tem em frente à praça Jacira Felix e a Igreja Menino Deus, as quais são lugares de lazer e culto para adultos e crianças, também temos perto a escola estadual “Gilberto Mestrinho”. Em geral, as ruas ficam num estado deplorável, com muitos buracos que dificultam o trânsito de veículos e motos e a correta drenagem das águas, além de que ainda existem micro lixeiros em nossa comunidade, sobre tudo nas estradas secundárias, com a conseqüente proliferação de vetores como os ratos, baratas e mosquitos, estes últimos, os mais perigosos na propagação de doenças infectocontagiosas como o dengue, malária, zika e chikungunya, sobre tudo na época de chuva.

O território adscrito à UBS corresponde a 8 micro áreas, nossa equipe de saúde atende um total de 3665 pessoas aproximadamente, a grão maioria de baixa renda, constituído por idosos aposentados, donas de casas, crianças em idade escolar e pessoas com trabalho irregular. A grão maioria de moradias tem boas condições estruturais e condições materiais de vida, mas um número considerável de vivendas é construído de madeira com teto de zinco e piso de madeira mesmo. Todas contam com luz elétrica e a água de consumo é predominantemente extraída de poços artesanais, também contam com banheiro sanitário para a coleta dos resíduos líquidos e sólidos.

As doenças de maior prevalência em nossa comunidade e, por conseguinte que ocupam um lugar importante no número de atendimentos diários são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo II (DM-II), infecções de vias aéreas superiores (sobre tudo em crianças), parasitoses intestinais, infecções do trato urinário, doenças gastrointestinais (esofagites, gastrites e úlceras pépticas) e doenças osteomioarticulares.

O Projeto de Intervenção titulado: “Implementação do clube de idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II na Unidade Básica de Saúde Santa Efigênia” (vide ANEXO 1) é uma proposta de atenção gerontológica comunitária na população idosa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II, pertencente à área 09, da Unidade Básica de Saúde “Dr. Genival Montenegro Guerra” (Santa Efigênia). O mesmo tem a finalidade de criar um “**Clube de Idosos**”, como uma estratégia de saúde que contribua a resolver as necessidades psicológicas e biomédicas que acompanham a estes pacientes.

Tendo a intenção de gerar um impacto positivo nestes pacientes, suas famílias e dentro da comunidade mesma, já que até o momento, este grupo de pacientes não tem um espaço definido para desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde objetivas, que contribuam a garantir a melhor qualidade de vida possível. A relevância de este projeto está dada pelo direcionamento das ações aos pacientes idosos com doenças associadas, neste caso à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, como as duas doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência e prevalência dentro de nossa comunidade.

2. ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO – ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente C.P.S, feminina, de 65 anos de idade, casada, dona de casa, a qual vem a consulta médica de acompanhamento no dia 05/06/2017 com o objetivo de renovar a receita das medicações para o controle da doença de base e com queixa de dor moderado, câimbras e sensação de formigamento das pernas; além disso relata ter dores osteoarticulares, sobre tudo nas articulações das mãos assim como na região cervical da coluna. Por último, refere certo grau de adormecimento na planta e nas pontas dos dedos dos pés que tem começado há algum tempo atrás.

A paciente tem antecedentes patológicos pessoais de Diabetes Mellitus tipo II há aproximadamente 15 anos e antecedentes patológicos familiares de mãe (falecida) e irmã maior diabéticas. Não tem nenhum hábito tóxico ou vício. A mesma fica com tratamento farmacológico mantido com: Metformina – 850 mg: um comprimido de 12/12 horas e Glibenclamida – 5 mg: um comprimido ao dia.

A paciente mora numa casa com boas condições estruturais e condições materiais de vida adequadas, com serviço de água potável e eletricidade, cozinha a gás, banheiro e três dormitórios. Família composta por a paciente e seu esposo, um filho, uma filha com seu esposo e a criança deles.

(Vide Genograma em Outros Anexos).

Segundo os dados da triagem tem:

Pressão Arterial (PA): 120/85 mmHg. Peso: 86,5 kg. Altura: 1,60 m.

IMC (Índice de Massa Corporal): 34.0 (Obesidade tipo I) *

*Classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o IMC (CECIL. COLETIVO DE AUTORES. TRATADO DE MEDICINA INTERNA 23.^a ed., 2009.)

Dados à Entrevista:

Apesar de, anteriormente, ter recebido e aceitado as orientações sobre a importância e a repercussão da dieta na complementação do tratamento farmacológico, a entrevista revelou que não cumpre a mesma de forma adequada pois relata que não tem podido deixar os refrigerantes e que muitas vezes tem saltado uma refeição por ter comido algum “capricho” (porção de bolo, bolachas recheadas, doces caseiros) além de que gosta muito de alimentos fritos como pasteis e salgados.

Não faz exercícios físicos pois não tem tempo com todas as coisas que tem que arrumar na casa e ao final do dia só quer ficar deitada vendo a televisão.

Além das queixas anteriormente expostas o interrogatório também revelou, alguns sintomas referidos pela paciente e que ocorrem de vez em vez como: boca seca e tonturas.

Dados ao Exame Físico:

Pele e mucosas: úmidas e normocoradas.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular (MV) fisiológico, não estertores, boa expansibilidade torácica, não tiragem. Frequência Respiratória (FR) de 18 irpm.

Aparelho Cardiovascular: Batimentos Cardíacos rítmicos, de tono normal, não sopros, não circulação colateral, pulsos periféricos presentes e sincrônicos. Frequência Cardíaca (FC) de 80 bpm.

Aparelho Digestivo:

Boca: orofaringe sem alterações, não tem próteses dental.

Abdome: globoso, timpânico, mole, depressível, não doloroso à palpação, com ausência de visceromegalias ou massas, ruídos hidroaéreos normais, sem cicatrizes. Região umbilical sem alterações.

Sistema Osteomioarticular (SOMA): coluna vertebral: apresenta dor à compressão e mobilização lateral e anteroposterior do segmento cervical, sem deformidades visíveis. Extremidades simétricas e sem edemas, apresenta grau variável de deformidade das articulações interfalangeanas dos membros superiores assim como leve inflamação, acompanhadas de dor espontâneo e à palpação das mesmas.

Exame dos pés: sem lesões cutâneas, apresenta onicomicose do primeiro dedo do pé direito e do primeiro e segundo dedos do esquerdo. Hipoestesia (tátil, térmica e dolorosa) plantar e das pontas do primeiro, segundo e terceiro dedos de ambos os pés. Pulsos periféricos presentes e sincrônicos.

Hipótese Diagnóstica:

Diabetes Mellitus tipo II, Obesidade tipo I, Onicomicose dos pés, Dores osteoarticulares.

Polineuropatia Simétrica Distal (AGUILAR REBOLLEDO, Francisco. Neuropatía diabética: Aspectos prácticos, diagnósticos, terapêuticos y medidas profilácticas.3ª. ed.,2009)

Conduta:

Solicito Exames Complementares:**

Glicemia de jejum (GJ) e HbA1C.

Colesterol Total (CT), HDL Colesterol (HDL), LDL Colesterol (LDL), Triglicerídeos (TG), Creatinina Sérica (CS), Exame de Urina tipo 1 (EAS).

Fundoscopia (Encaminhamento para Oftalmologista pois não contamos com oftalmoscópio na UBS).

**Segundo o preconizado nos Cadernos da Atenção Básica (CAB Nº 36, 2013) estes são os exames que compõem a rotina mínima para o acompanhamento das pessoas com DM.

Além disso solicito Raio X (Rx) da coluna cervical (Anteroposterior e Perfil) e das mãos. TGO e TGP.

Orientações sobre Mudanças do Estilo de Vida (MEV) sobre tudo a dieta e o exercício físico regular. (MEDCURSO ENDOCRINOLOGÍA, 2010) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016)

Prescrevo:

Metformina e Glibenclamida (Renovação do tratamento de manutenção)

Miconazol (creme): aplicar camada fina nas unhas afetadas e zonas adjacentes duas vezes ao dia por 4 semanas.

Ibuprofeno - 300 mg: um comprimido de 8/8 horas durante 7 a 10 dias.

Agendo retorno.

A paciente retorna no dia 26/06/2017

Dados da triagem: PA: 110/80 mmHg. Peso: 86,0 kg. IMC: 34.

A mesma relata sentir alívio das dores osteoarticulares e da coluna cervical com a medicação anti-inflamatória (Ibuprofeno) mas as dores voltaram ao terminar o medicamento. Ainda tem as lesões micóticas nas unhas dos pés, referendo que não tem interrompido o tratamento com a creme. Urina e defeca sem dificuldade e tem bom apetite. Traz consigo os resultados dos exames solicitados na consulta anterior:

GJ: 160 mg/dl, **HbA1C:** 7,3 %, **CT:** 250 mg/dl, **HDL:** 40 mg/dl, **LDL:** 140 mg/dl, **TG:** 168 mg/dl, **CS:** 0,9 mg/dl, **TGO:** 23 U/L e **TGP:** 35 U/L.

EAS: Leucocitos: 5 – 6 x campo. Hemácias: 0 – 1 x campo. Proteinúria: negativa, Glucosúria: (+).

Fundoscopia (fica pendente).

Rx da coluna cervical (Anteroposterior e Perfil): diminuição dos espaços intervertebrais com presença de osteofitos marginais. Aumento da radiotransparência dos corpos vertebrais compatíveis com degeneração óssea.

Rx das mãos: mudanças osteodegenerativas das falanges, presença de osteofitos marginais (Nódulos de Heberden e de Bouchard).

Hipótese Diagnóstica:

Diabetes Mellitus tipo II, Obesidade tipo I, Polineuropatia Simétrica Distal, Onicomiose dos pés, Osteoartrose de coluna cervical e das mãos.

Conduta:

Orientações sobre Mudanças do Estilo de Vida (MEV):

Tratamento dietético: a composição da dieta deve ter 50 – 55 % de carboidratos, 10 – 20 % de proteínas e 30 – 35 % de lipídios com um aporte importante de vitaminas e minerais contidos nas frutas, verduras e vegetais. Restrição de açúcar, sal e gorduras saturadas, além disso o recomendável para o paciente diabético são 6 refeições ao dia (Café de manhã – Merenda - Almoço – Merenda – Janta – Merenda).

Exercícios físicos aeróbicos regulares (caminhadas) de 30 – 45 minutos com uma frequência de 5 vezes por semana além de exercícios isométricos com pesos pequenos e exercícios de alongamento.

Inscrição da paciente ao Clube de Idosos da UBS “Dr. Guerra” (Santa Efigênia).

Prescrevo:

Terbinafina – 250 mg: um comprimido ao dia por 6 semanas (Medicamento indicado na onicomicose resistente ao tratamento tópico e que pode ser utilizado em pacientes onde a função hepática não esteja comprometida. A paciente tem as enzimas hepáticas dentro dos níveis normais).

Amitriptilina – 25 mg: um comprimido ao dia pela noite por 3 meses. Segundo o preconizado nos Cadernos da Atenção Básica (CAB Nº 36, 2013), este medicamento apresenta boa efetividade no tratamento da dor neuropática.

Ibuprofeno – 300 mg: um comprimido de 8/8 horas por 10 dias.

Dipirona - 500 mg: um comprimido de 8/8 horas se dor forte.

Complexo vitamínico B: um comprimido em café de Amanhã, Almoço e Janta.

Como a paciente não atinge as metas (glicemia jejum entre 70 – 130 mg/dl e HbA1C < 7%), mantenho a mesma dose de Metformina (2 comprimidos ao dia) e aumento a dose de Glibenclamida – 5 mg a: um comprimido antes de Café de Amanhã, antes de Almoço e antes de Janta (3 comprimidos ao dia)

Encaminho para o Nutricionista, Ortopedista (Hipótese Diagnóstica de Osteoartrose) e oftalmologista (Importância de avaliação oftalmológica e realização de Fundoscopia).

Solicito **GJ** e **HbA1C** para avaliar controle glicêmico com o reajuste do tratamento farmacológico.

Agendo Retorno.

A paciente retorna no dia 24/07/2017.

Dados da triagem: PA: 120/80 mmHg. Peso: 85,0 kg. IMC: 33.

Recebo à paciente com a contrareferência da Nutricionista, a mesma relata que está seguindo as orientações do esquema dietético instituído e que combinou com uma amiga e está assistindo a uma academia 3 vezes por semana.

Foi avaliada pelo Ortopedista, corroborando o diagnóstico da Osteoartrose, o qual prescreveu: Cálcio + Vitamina D além de Mioflex durante as crises dolorosas e reconsulta após 6 meses de tratamento. A Onicomiose das unhas dos pés tem uma melhoria significativa, com uma boa tolerância ao medicamento oral. Mantem um bom apetite, urina e defeca sem dificuldade. Relata que o tratamento com a Amitriptilina lhe produz muito sono, mas já não tem dor nas pernas. Traz consigo os resultados dos exames solicitados na consulta anterior: **GJ**: 120 mg/dl e **Hb A1C**: 6,2%.
Fundoscopia (pendente avaliação oftalmológica).

Notifico para a paciente que foram atingidas as metas para o controle da Diabetes Mellitus segundo os valores de **GJ** e **Hb A1C**, mas que isso não significa que tem que parar tudo o logrado até agora, ao contrário, explico sobre a importância de aprender a viver com a doença de base assim como manter um estilo de vida ativo e saudável.

A paciente baixou 1,5 kg respeito à 1ra consulta (aproximadamente 2 meses) e diminuiu o IMC em um ponto.

Oriento sobre a importância do autoexame dos pés periodicamente na detecção precoce de lesões. Manter a dieta e o exercício físico assim como as medicações para o controle das doenças de base.

Agendo Visita Domiciliar.

Visita Domiciliar no dia 30/08/2017.

Realizo visita domiciliar junto com a enfermeira e a Agente Comunitária de Saúde (ACS) com o objetivo de avaliar possíveis riscos domiciliares para a saúde da paciente assim como o entorno e funcionamento familiar.

Faço a montagem do Genograma familiar completo.

Agendo retorno em 6 meses com HbA1C para o Acompanhamento.

3. ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O pré-natal constitui a parte objetiva e mais importante da atenção integral à mulher grávida, onde se desenvolvem a maioria das ações encaminhadas a fazer que este processo, na vida da mulher e da família, transcorra com a maior normalidade possível, diminuindo e controlando todos os riscos que possam influir de forma negativa tanto para a mãe como para o bebê.

Acho importante destacar que a atenção não começa quando identificamos a grávida para sua inscrição e posterior acompanhamento, se não muito antes, nas consultas de planejamento familiar e risco preconcepcional, onde são oferecidas todas as informações pertinentes para a capacitação dos futuros pais, o assessoramento genético, assim como a implementação das ações para o controle dos fatores de risco ou doenças já estabelecidas, que possam incidir na gestação.

Eu levo trabalhando aproximadamente ano e meio na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Dr. Genival Montenegro Guerra” no Bairro de Santa Efigênia, no começo do meu trabalho nesta equipe, não existia uma agenda profissional compartilhada que favorecera o atendimento de pré-natal, as grávidas acudiam a consulta sozinhas e muitas delas não retornavam nos dias agendados, o que dificultava o acompanhamento e atrapalhava o atendimento. Outro aspecto foi o referente à baixa disponibilidade dos exames complementares, sobre todo dos testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, assim como a baixa oferta de medicamentos da farmácia do posto, a qual não cobria nem o 50 % da demanda. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) só visitavam as grávidas de alto risco obstétrico e nem ofereciam medidas de educação e promoção de saúde.

Após a identificação de todas as deficiências anteriormente descritas, começamos com a mudança da escala de atendimento médica e de enfermagem para garantir uma programação de consultas e visitas domiciliares conforme às necessidades assistenciais de acordo ao risco obstétrico, deixando dias específicos e em diferentes horários, o que melhorou em grande medida o acesso e qualidade da atenção. Se estabeleceram pautas para estimular a participação do parceiro nas consultas de pré-natal, garantindo horários preferenciais e justificando a ausência

laboral mediante o atestado médico do dia da consulta como acompanhante, isto permitiu uma maior cooperação e participação dos parceiros no processo da gestação.

Quando por qualquer motivo as grávidas não acodem à consulta programada, são visitadas na mesma semana pelos ACS da sua área para conhecer as causas de sua insistência, e combinar com elas seu retorno o mais rápido possível para garantir seu acompanhamento certo.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde se garantiu a disponibilidade dos implementos necessários para a realização dos testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C na minha UBS, priorizando as grávidas e seus parceiros, melhorando a qualidade da atenção e garantindo sua realização no primeiro e terceiro trimestre, assim como a distribuição mensal do quadro básico de medicamentos segundo a oferta e demanda, para evitar o desabastecimento, sobre tudo, dos medicamentos mais usados na gravidez.

Elaboração de um programa de capacitação sobre educação e promoção de saúde para os ACS e demais membros da equipe, com a finalidade de elevar o grau de instrução sobre o tema e qualificar à atenção.

Implementação de palestras e conversas periódicas para as grávidas com informações atualizadas sobre temas de interesse individual e coletivo, com a participação da coordenação da Rede Cegonha no município. Permitindo a evacuação de dúvidas durante os três trimestres da gestação, estimulando a troca de experiências e fortalecendo as relações da equipe com as gestantes.

Orientações individuais durante as consultas com o objetivo de educar e preparar às grávidas e seus acompanhantes para o afrontamento da gestação, o parto, o puerpério e os cuidados do recém-nascido.

Coordenação com o Hospital Regional e a Rede Cegonha de visitas às grávidas e seus acompanhantes aos locais onde vão acontecer o parto, para familiariza-las com todo o relacionado a esse momento tão importante e que gera tanto estresse para elas.

Se estabeleceram horários de atendimento odontológico preferencial para as grávidas, e assim garantir a melhoria da saúde bucal das mesmas, como jeito de brindar um atendimento integral e de qualidade.

Além de que ainda falta muito trabalho a fazer, com todas as ações de prevenção, educação e promoção de saúde antes descritas, se qualificou o atendimento integral às grávidas, aumentou-se o índice de assistência às consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Incrementou-se a adesão aos tratamentos instituídos e diminuíram as complicações durante a gravidez e o parto.

4. ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO – VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define assistência domiciliar como "a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas em um nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados como preventivos, terapêuticos, reabilitadores, de acompanhamento por longo tempo e de cuidados paliativos". (YAMAGUSHI, 2010)

A Visita Domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações. (GUSSO, 2012)

Eu levo inserido no programa Mais Médicos há aproximadamente ano e meio, e estou lotado no município de Coari do estado Amazonas. Desde meu arribo, comecei a trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) "Dr. Genival Montenegro Guerra" localizada no Bairro de Santa Efigênia, bairro que forma parte de minha área de abrangência. No início, quando comecei a falar sobre Visita Domiciliar (VD) programada, meus colegas de trabalho olhavam para mim com rosto como de susto, já que no momento praticamente o 100 % das poucas VD que se faziam não eram programadas nem agendadas, muitas vezes realizadas aleatoriamente, sem critérios para atendimento preferencial e feitas fundamentalmente pela enfermeira.

Um aspecto a destacar foi o escasso apoio recebido pela gestão da secretaria municipal de saúde anterior, que acho é um ponto muito sensível no desenvolvimento e eficácia de todas as atividades como garantes da saúde de nossas comunidades.

Outra das grandes dificuldades consistia em que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não tinham o sentido de pertença de suas microáreas e muitos pacientes carentes de uma atenção de qualidade, ficavam desatendidos, isto, favorecido também pela falta de organização e retroalimentação de todas as partes da equipe envolvidas neste processo e a inexistência de uma agenda profissional compartilhada, já que quando um elo da cadeia não funciona de jeito adequado, atrapalha o trabalho de todos e por conseguinte, o resultado final, oferecer uma atenção de excelência para a comunidade.

Respeito a todas as atividades de saúde que nos, como profissionais da saúde, levamos a cabo desde nosso atuar diário, incluída a VD, a maioria das pessoas acreditam que o trabalho mais difícil acontece fora da UBS, andando e desandando as ruas da comunidade; mas acho que é muito mais difícil mudar as mentes e vontades das pessoas no trabalho, já que quando os membros da equipe de saúde da família exercem suas atividades sem coesão e desorganizados, o trabalho não flui de forma certa, ao contrário, entorpece o processo.

Para meu contentamento, depois de vários meses de árduo trabalho com a equipe, e de mudanças na gestão municipal, as coisas começaram a dar um jeito positivo na atenção domiciliar, o que influiu significativamente na melhoria da satisfação da população respeito a nosso trabalho.

O primeiro em acontecer foi a questão organizativa, implementando uma agenda profissional compartilhada, definindo as ações e responsabilidades de cada membro da equipe (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, assistente dental e os ACS), assim como a retroalimentação continua entre todos e estabelecendo horários sem contradições entre os membros, e que beneficiarem à população.

Outra questão que se resgatou foi o análise e discussão na reunião da equipe, dos casos de pacientes e famílias necessitados de atendimento domiciliar, programando as VD de acordo à severidade e urgência do problema de saúde.

Para poder implementar o trabalho, os ACS começaram a pesquisar nas suas áreas, aqueles pacientes e famílias que precisarem de cuidados contínuos, como pacientes com doenças crônicas com complicações ou sequelas, deficientes, acamados, idosos com doenças crônicas ou morando sozinhos, grávidas e puérperas, menores de 2 anos, além dos cuidadores de cada um deles.

Depois da coleta e processamento de toda a informação, baseados nas necessidades de atendimento e em concordância com a situação real de saúde de nossa comunidade e a participação da mesma, foi elaborada uma escala de atendimento no domicilio, garantindo, deste jeito, a equidade para assim, ficar mais perto à igualdade.

Foram ampliadas as ações de saúde, já atualmente os pacientes podem optar por receber nos seus lares, injeções, curativos, retirada de pontos, determinação de glicemia capilar, reabilitação, entre outros, sempre e quando se cumpram as condições para cada procedimento.

Muitas vezes, para conhecer a realidade do paciente, a família e até a comunidade mesma, temos que acudir aonde eles se desenvolvem; com o objetivo de determinar a envergadura real do problema de saúde assim como os riscos aos que está submetido e pelos quais pode chegar a adoecer e até morrer. É por isso que o atendimento das patologias crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), sobre tudo, em pacientes idosos, foi estendida ao domicílio. Ampliando a cobertura médica e diminuindo o índice de pacientes desatendidos ou com atendimento irregular, assim como o número de doentes descompensados. Este proceder foi muito bem acolhido na população.

Também, e dependendo das características da família e seus membros assim como as condições mínimas indispensáveis no domicílio, se implementaram algumas consultas de pré-natal de baixo risco, consultas de puérperas e puericulturas, sobre tudo, desses pacientes que moram mais longe da UBS.

O profissional da saúde não tem melhor espaço para fazer atividades de promoção e prevenção de saúde que na visita domiciliar, onde com a própria visão de pesquisador de fatores de risco, é capaz de detectá-los, e em quente, frente a toda a família, falar sobre como controlar os mesmos, mudar as situações negativas e oferecer as ferramentas para o enfrentamento dos diferentes problemas de saúde, já sejam individuais ou coletivos, psíquicos ou físicos. Também é o melhor meio para a implementação de ações de promoção e prevenção de saúde como palestras, rodas de conversa, assim como dinâmicas de grupo, entre outras.

Durante todo o processo a equipe teve a premissa de respeitar o espaço familiar, preservando os laços afetivos entre as pessoas e fortalecendo a autoestima das mesmas, o que contribuiu na construção de ambientes mais favoráveis na recuperação da saúde e na harmonia familiar.

Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença. (BRASIL, 2012)

No âmbito de atuação local, a equipe estabeleceu parcerias com a comunidade assim como com a escola e a igreja que ficam dentro da mesma, o qual potencializou a assistência prestada no domicílio aos usuários e às famílias e a intersetorialidade, logrando com isto, a participação ativa dessas instituições na melhoria na saúde da comunidade na qual estão inseridas.

Outro aspecto resgatado foi a atenção do cuidador por parte da equipe, pois anteriormente, o eixo central da atenção domiciliar o constituía o paciente doente e o cuidador passava despercebido por todos. Atualmente quando a VD é programada, a equipe disponibiliza os recursos necessários para o atendimento do binômio doente-cuidador.

Sendo que, o cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que deve estar atenta para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforma sua condição. (BRASIL, 2012)

Apesar de todo o trabalho e os logros alcançados ainda existem falhas, sendo as mais recorrentes: a necessidade de deslocação dos pacientes quando precisam fazer exames (Ultrassonografias, Raios X, ECG, entre outros de alta tecnologia), a longa espera pelas interconsultas especializadas e deslocação dos pacientes para receber os atendimentos, os problemas com a transportação dos pacientes, muitas vezes pela escassez de recursos mais outras pela falta de gestão e vontade dos níveis superiores.

É importante dizer que, para que as atividades da atenção domiciliar atendam às necessidades do usuário/família, é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável ao domicílio. (BRASIL, 2012)

As atividades domiciliares viraram uma fortaleza, tanto para a equipe como para os pacientes e as famílias. Isto contribuiu ao reforçamento das relações Comunidade-Equipe de Saúde da Família, facilitando o trabalho e aumentando em grande medida a satisfação da população. É muito gratificante chegar a um lar e ser acolhido por seus membros como parte da mesma família e até falar em confiança como amigos de toda a vida.

Logramos mudar esse distanciamento que existia entre o médico e os pacientes, onde o mesmo aguardava muito tranquilo no posto dentro de sua consulta a chegada dos pacientes, já a comunidade percebe a atenção domiciliar como algo cotidiano e não como um sonho, compartilhamos experiências, aprendemos deles tanto como eles de nós.

A equipe também sofreu uma metamorfose muito benéfica, cada um de seus membros tomou consciência da importância da coesão e assumir as suas tarefas com responsabilidade e sentido de pertença, isto propiciou o aumento da satisfação dos mesmos profissionais os quais ficam muito mais motivados no desenvolvimento das atividades diárias.

5. ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA

A primeira vez que escutei falar sobre o Programa Mais Médicos, ficava em Cuba, minha terra natal, sou cubano, tenho 36 anos e levava aproximadamente 10 anos de experiência profissional na atenção primária de saúde como médico da família. Para mim, sempre foi um sonho conhecer este maravilhoso e cosmopolita país, tão grande e cheio de lugares de uma beleza sem igual, e falo isto pelas referências que temos pelas novelas brasileiras assistidas que tanto gostam lá, em Cuba.

Quando recebi a notícia de que fui escolhido para participar ativamente no programa, foi um dos melhores dias da minha vida, tantas expectativas, tantos sonhos de conhecer outros lugares, de compartilhar experiências com outro povo, conhecer outras culturas, realmente foi muito excitante e à vez assustador, já que isso significava ficar longe da família, os amigos, e sobre tudo, da terra que me viu nascer.

Antes de vir para o Brasil, tivemos que receber aulas sobre língua portuguesa, já que nossa língua materna é o espanhol. Foi um reto sem igual, pois como disse uma sentença, papagaio velho não aprende a falar, mas o reto foi superado, logrando falar, ler e escrever a língua. Além disso recebemos aulas sobre os protocolos dos programas de saúde mais importantes, assim como das doenças agudas e crônicas não transmissíveis de maior incidência e prevalência no Brasil, todo isso de forma básica pois o tempo era realmente pouco.

O primeiro obstáculo foi a língua, o português, apesar de ser uma língua romance como o espanhol, tem suas regras e gramática particulares, além de que a teoria dista muito da prática, que ao final, é o critério da verdade, mas com muita prática e dedicação pouco a pouco fomos dominando-a e, apesar de nosso sotaque, os nossos colegas de trabalhos e os pacientes nos entendiam, fato de vital importância para o entendimento e a inter-relações pessoais.

Sempre nos falaram sobre a necessidade de fazer o curso de especialização em saúde da família como requisito para continuar no Programa Mais Médicos, mais isso nunca foi um problema, ao contrário, gosto dos desafios e os conhecimentos nunca ocupam espaço e ajudam à superação profissional e pessoal.

Com a pós-graduação em Saúde da Família, sobre tudo no eixo I, aprendemos sobre a história do Brasil e os logros que tem tido ao longo do tempo, logros sociais e no âmbito da saúde. Também nos ajudou no desenvolvimento da comunicação e sobre tudo, no idioma.

Em geral, a maioria das doenças, já sejam agudas ou crônicas tem um comportamento similar em todos os lugares do mundo, com suas especificidades e particularidades respeito à epidemiologia, fatores de risco, protocolos de tratamento e acompanhamento, etc., tendo em conta que, não existem doenças, se não, doentes, questão que foi muito bem abordada no eixo II do curso, com casos complexos que retratam a realidade da população brasileira.

A pós-graduação em Saúde da Família tem constituído uma verdadeira escola, já que ao longo de tudo o trajeto, temos podido complementar toda a teoria recebida com a pratica profissional do dia a dia, fato de vital importância para a apropriação dos conhecimentos e a implementação dos mesmo no atuar em nossas áreas de abrangência, logrando mudanças positivas e significativas, tanto, no plano pessoal, como na situação de saúde de minha comunidade.

Eu consegui implementar, com a ajuda da minha equipe e dos líderes da comunidade, um clube de idosos com doenças crônicas não transmissíveis (HAS e/ou DM), clube que teve muita aceitação na comunidade e que logrou mudanças positivas na saúde de todas essas pessoas adscritas, com a melhora da qualidade de vida dos idosos que muitas vezes ficam um pouco esquecidos pelas famílias e a comunidade. Se logrou uma maior adesão aos tratamentos, a prática periódica de exercícios físicos, o controle da pressão arterial e os níveis de glicose em sangue, redução de complicações entre outras. Agora eles têm seu espaço próprio para exercitar-se, bater papo e compartilhar vivências e experiências de vida.

A través dos casos complexos estudados, fui ganhando experiência respeito à melhor metodologia para o diagnóstico certo dos pacientes, implementando ações de promoção e prevenção de saúde e diminuindo o índice de exames complementares desnecessários assim como as complicações a mediano e longo prazo, fato que pressupõe um custo adicional para as famílias e para a gestão municipal, estadual e federal.

Apesar das dificuldades com o acesso à internet no município onde moro e atuo (Coari), que fica no interior do Amazonas, temos podido, com muito esforço e dedicação, superar a barreira da conectividade e completar todas as tarefas propostas pela Universidade e pelos nossos tutores, para os quais chegue todo o nosso agradecimento, já que os mesmos nos acompanharam durante nossa travessia e foram nosso apoio docente.

Outras vezes tivemos que apoiarmos em nossos colegas de trabalho, colegas que já conheciam a dinâmica da saúde do município para poder misturarmos com o meio e aderir a sua cultura como nossa, para poder entender a realidade e as necessidades da população e assim melhorar a qualidade de vida da mesma.

Aconteceram muitas situações, que até podem ficar como anedotas para a vida. Umas muito engraçadas e outras não tanto, o mesmo choramos que rimos, já seja com uma morte de um paciente assistido, como de um nascimento ou recuperação de uma criança doente. Experimentar a gratidão dos pacientes e uma coisa que estremece o coração para quem realmente tem vocação pela sua profissão.

Também aprendi a pedir ajuda quando não sabia como proceder ante uma situação X. O médico, como qualquer outro profissional da saúde, que acredita que tem a verdade absoluta na mão, não pode ficar mais errado. Muitas vezes, no âmbito da saúde, acontece como a sentença que disse que: “O diabo sabe mais por velho que por diabo mesmo”, não tenho vergonha em dizer que solicitei e recebi a ajuda dos meus Agentes Comunitários de Saúde, de minha enfermeira, da minha técnica de enfermagem, enfim, de todos e cada um de meus colegas de trabalho, pois não tem nada melhor que o diálogo e o entendimento das pessoas para que o trabalho flua do jeito certo.

Acho que as novas tecnologias têm dominado pouco a pouco todos os espaços deste mundo nosso, e a Universidade não escapa da mesma, a qual, tem suas vantagens, mas também, suas desvantagens.

As vezes sentimos a saudade da presença física do professor, de poder interagir e discutir sobre diferentes tópicos, pontos de vista, ou até da diversidade de pensamento influenciado com a nossa experiência profissional pessoal, mas as necessidades de saúde do povo brasileiro constituem a prioridade deste assunto, um povo lutador e de incalculável vontade, o qual precisa de nós.

Posso dizer que, hoje a dia, a minha população, é mais saudável que antes, e tudo isso influenciado, em grande medida, pelos conhecimentos adquiridos e implementados durante todo o trajeto no curso de Especialização em Saúde da Família. Também posso dizer, e sem temor a equivocarme que, hoje me sinto como um brasileiro mais e um profissional da saúde muito mais preparado que antes para afrontar os desafios que estão por chegar.

“Propor mudanças faz sentido quando o crescimento é a meta”.

João Vítor Rocha.

“Por aprendizagem significativa, entendo, aquilo que provoca profunda modificação no indivíduo. Ela é penetrante, e não se limita a um aumento de conhecimento, mas abrange todas as parcelas de sua existência”.

Carl Rogers.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGUILAR REBOLLEDO, Francisco. Neuropatía diabética: Aspectos prácticos, diagnósticos, terapêuticos y medidas profilácticas. 3ª. ed. México, D.F: Editorial Alfil, 2009. 768p.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2016.
- 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)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. I. Brasília – DF, abril 2012.
- CECIL. Coletivo de Autores. Tratado de Medicina Interna 23.ª ed. Elsevier España, 2009. Vol.1, Sección XVII: Enfermedades Nutricionales, Cap. 233: Valoración Nutricional. 2995p.
- GUSSO G, Ceratti Lopes JM. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Princípios, Formação e Prática, Vol. I. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- MEDCURSO ENDOCRINOLOGÍA, 2010, Vol.3, Cap.1: Diabetes Mellitus. Diagnóstico, patogênese, tratamento. 62p.
- YAMAGUSHI AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Carvalho SAP. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole; 2010.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

**IMPLEMENTAÇÃO DO CLUBE DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
E/OU DIABETES MELLITUS TIPO II NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA
EFIGÊNIA.**

Yuriany Fariñas León

Coari – AM

2017

RESUMO

Este projeto de intervenção, é uma proposta de atenção gerontológica comunitária na população idosa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II, pertencente à área 09, da Unidade Básica de Saúde de Santa Efigênia. O mesmo tem a finalidade de criar um **“Clube de Idosos”**, como uma estratégia de saúde que contribua a resolver as necessidades psicológicas e biomédicas que acompanham a estes pacientes. Tendo a intenção de gerar um impacto positivo nestes pacientes, suas famílias e dentro da comunidade mesma, já que até o momento, este grupo de pacientes não tem um espaço definido para desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde objetivas, que contribuam a garantir a melhor qualidade de vida possível. A relevância de este projeto está dada pelo direcionamento das ações aos pacientes idosos com doenças associadas, neste caso à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, como as duas doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência e prevalência na população brasileira e mundial. Doenças que cada ano aumentam os custos originados pelo elevado orçamento destinado à aquisição de medicamentos, assim como insumos e equipamento médico para o tratamento e reabilitação das complicações que estas doenças geram e que cobram centos de vidas anualmente.

Palavras – Chave:

Clube de Idosos, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Objetivos.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. Revisão de literatura.....	7
3.1 Clube de idosos.....	7
3.2 Hipertensão arterial.....	9
3.3 Diabetes Mellitus.....	11
4. Metodología.....	15
5. Cronograma.....	18
6. Recursos necessários.....	19
7. Resultados esperados.....	20
8. Referências.....	21
9. Anexos.....	23

1. INTRODUÇÃO

A população a nível mundial tem tendência ao envelhecimento, e o atendimento e acompanhamento às pessoas idosas vem-se desenvolvendo em uma prioridade e desafio para os profissionais da saúde. A população brasileira tem um comportamento similar, tornando-se mais notório a cada década que se passa, evidentemente impulsionado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da esperança de vida, associado aos avanços da biotecnologia, contribuindo para um envelhecimento ativo sob aspecto biopsicossocial e espiritual.

Segundo dados estatísticos analisados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acerca do índice de envelhecimento no Brasil, chegaram ao resultado que o índice quase duplicou em 20 anos; em que a estimativa de 1980 era 10,49% e saltou para 19,77% em 2000, corroborando com o estudo de Camarano et al. (2006), o qual estima-se que em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, freqüentemente, estão associadas (comorbidades) sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) tipo II as mais frequentes. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Embora que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, chegando a afetar direta ou indiretamente até o âmbito familiar.

O trabalho das Equipes de Saúde da família tem um papel fundamental no acompanhamento das pessoas idosas como grupo específico susceptível¹, além de

¹ Conjunto de indivíduos com características semelhantes y que desempenham roles específicos dentro da sociedade, com uma probabilidade incrementada, respeito ao resto da população, de desenvolver riscos para a saúde, adoecer ou morrer.

ser alvo das ações programadas pela equipe mesma, sendo a ***implementação do clube de idosos*** uma proposta de atendimento multidisciplinar factível, buscando uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos e dando ênfase aos aspectos biopsico-socioculturais.

2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

- Criar uma modalidade de atenção gerontológica comunitária que contribua a resolver as necessidades psicológicas e biomédicas dos pacientes idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II.
- Identificar e atuar sobre os fatores de risco de cada paciente na prevenção de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e metabólicas.
- Avaliar periodicamente os signos vitais de cada paciente (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória.)
- Avaliar periodicamente o estado nutricional de cada paciente segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).
- Criar um esquema individualizado de exercícios para cada paciente segundo suas necessidades.
- Garantir um espaço de lazer para os pacientes idosos.
- Implementar conversas dirigidas as dúvidas de cada paciente com a enfoque da promoção e prevenção de saúde.
- Estabelecer encontros de dinâmica de grupo quinzenais.
- Constituir um grupo de dança de salão.
- Celebrar trimestralmente o aniversário coletivo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Clube de Idosos

O clube de idosos é uma estratégia de intervenção na atenção primária de saúde (APS) que surgiu pela necessidade atual de garantir uma qualidade de vida (QV) adequada, assim como diminuir a morbimortalidade das pessoas idosas (60 anos o mais), em concordância com a tendência mundial do envelhecimento populacional.

É um espaço de interação da equipe de saúde da família (ESF) com a população idosa e entre os integrantes dentro do grupo mesmo, que abrange o âmbito biológico, psicológico e social com a enfoque primordial da promoção e prevenção de saúde. Onde se desenvolvem atividades educativas, preventivas, culturais, recreativas, esportivas e físicas, que garantam um estilo de vida saudável e diminuam a incidência de eventos que comprometam a saúde da população idosa.

No sentido de entender a QV como um conceito amplo que engloba a saúde física e o nível de independência, as relações sociais, o estado psicológico, as crenças e o meio ambiente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) definiu QV da seguinte forma: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. (OMS, 1995)

A idade populacional que antes era representada por uma pirâmide, atualmente há uma tendência para uma inversão da pirâmide, que indica um elevado número de pessoas idosas em relação ao de adultos e crianças, definido como envelhecimento populacional, segundo dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Vide Anexos. Figura 1).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define o envelhecimento como “*Um processo sequencial, individual, acumulativo,*

irreversível, universal e não patológico”. Ele é próprio de todos os indivíduos, entretanto não ocorre de forma homogênea, uma vez que os seres sofrem influência dos factores internos (referentes ao próprio organismo da pessoa) e externos (referentes ao médio ambiente onde a pessoa se desenvolve). (BRASIL, Ministério de Saúde, 2006)

Com o passar dos anos ocorre naturalmente uma diminuição progressiva da reserva funcional do ser humano, que mesmo não sendo sinónimo de doença, culmina em um estado de maior vulnerabilidade (diminuição da reserva energética e menor resistência a agentes entressorres). Em função desta maior fragilidade é significativo o número de idosos que são acometidos por doenças e agravos crônicos, que podem ser longos ou permanentes. (OPAS, 2003) (BRASIL, Ministério de Saúde, 2006)

Sob essas condições patológicas, tendem a manifestar-se as comorbidades (morbidades ou doenças associadas). (OPAS, 2003). Ainda que essas condições não sejam fatais, resultam em um estado que requer assistência e comprometem a qualidade de vida do idoso. Os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos de cuidado a medida em que a sociedade envelhece. (VERAS, 2012)

Desde a primeira Assembleia Mundial sobre envelhecimento celebrada em Viena no ano 1982 vem-se planteando a necessidade de estabelecer prioridades sobre a educação e as atividades do exercício físico ao longo da vida como um direito de todos, o que exige criar estratégias que assegurem aos adultos idosos melhor qualidade de vida, capacitando-os tanto em forma e conteúdo, para desenvolver lês novas aptidões que permitam lês enfrentar os desafios do século XXI.

É por todo o antes exposto a relevância que tem, para a atenção primaria de saúde, a implementação dos **Clube de Idosos**, como ferramenta para desenvolver ações individualizadas e concretas dirigidas a uma população que precisa de um atendimento integral e multidisciplinar.

3.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA > ou = a 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

A prevalência dessa doença tem relação direta com a idade. Deve ser investigada sistematicamente mesmo que os níveis da pressão se apresentem adequados, pois é uma complicação silenciosa, que nem sempre acompanha sintomas e o risco torna-se elevado.

A PA em adultos pode ser classificada em normal, com PA Sistólica (PAS) menor que 120 mmHg e PA Diastólica (PAD) menor que 80 mmHg, pré-hipertensão (PAS entre 120 e 139 mmHg e PAD entre 80 e 89 mmHg) e hipertensão, que é dividida em Estágio I (PAS entre 140 e 159 mmHg e PAD entre 90 e 99 mmHg) e o Estágio II (PAS acima de 160 mmHg e PAD acima de 100 mmHg). (BRASIL, Ministério de Saúde, HAS, 2006)

Os sintomas mais comuns da HAS são: dor de cabeça, tontura, sangramento do nariz, sensação de cansaço e falta de ar. (ARAÚJO, L. F., 2008)

Os exames laboratoriais recomendados aos hipertensos são: o hemograma completo, ureia, creatinina, ácido úrico, glicose, colesterol total, triglicérides, LDL-colesterol, HDL-colesterol, EAS e eletrocardiograma.

No tratamento da HAS o principal objetivo é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente idoso hipertenso. Começando sempre com as ações de promoção e prevenção de saúde para garantir um estilo de vida saudável, entre as mais importantes encontram-se: a dieta variada e saudável baixa em sódio e gorduras e alta em frutas vegetais e verduras, a prática sistemática de exercícios físicos com a consequente redução do peso corporal, a eliminação de hábitos tóxicos como o tabagismo, o alcoolismo e o uso de drogas (marihuana, cocaína, pedra) que a sua vez constituem fatores de risco (FR) na aparição de complicações destes pacientes.

Entenda-se como FR a exposição de um indivíduo a qualquer circunstância ou situação que aumente às probabilidades de sofrer uma doença, lesão ou qualquer outro problema de saúde. (OMS. Factores de riesgo)

Outro aspecto muito importante é o tratamento farmacológico. Atualmente muito investiga-se sobre as medidas farmacológicas para o controle da hipertensão. As drogas anti-hipertensivas de escolha devem agir não apenas na redução dos níveis tensionais, mas também na redução dos riscos de acidentes cardiovasculares. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006)

Entretanto a introdução do anti-hipertensivo deve ser feita em doses baixas e com aumento gradual para evitar quedas tensionais que possam acarretar Hipotensão ortostática (queda repentina da PA como consequência do câmbio súbito da posição do corpo na posição deitada à posição de pé) ou hipofluxo em órgãos vitais.

É necessário avaliar as particularidades no tratamento medicamentoso, considerando as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, que resultam na alteração da absorção, da distribuição e metabolização dos medicamentos. (LONGO, Marco A., 2011)

Atualmente, as principais classes de medicamentos anti-hipertensivos utilizados são os Antagonistas dos receptores de Angiotensina II (ARA II), os bloqueadores adrenérgicos, os bloqueadores dos canais de cálcio e os diuréticos. (LONDRINA, Prefeitura Municipal, 2006)

Para um controle efetivo e prevenção de complicações é necessário que a abordagem ao paciente idoso seja um processo contínuo de motivação para que não haja resistência ou abandono do tratamento.

3.3 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Existem três tipos principais de diabetes:

- A diabetes mellitus tipo 1 resulta da produção de quantidade insuficiente de insulina pelo pâncreas. Este tipo era anteriormente denominado "diabetes insulino-dependente". As causas são desconhecidas.
- A diabetes mellitus tipo 2 tem origem na resistência à insulina, uma condição em que as células do corpo não respondem à insulina de forma adequada. À medida que a doença avança, pode também desenvolver-se insuficiência na produção de insulina. Este tipo era anteriormente denominado "diabetes não insulino-dependente". A principal causa é peso excessivo e falta de exercício físico.
- A diabetes gestacional é a condição em que uma mulher sem diabetes apresenta níveis elevados de glicose no sangue durante a gravidez. (WHO. Diabetes)

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

A diabetes mellitus é caracterizada pela hiperglicemia recorrente ou persistente, e é diagnosticada ao se demonstrar qualquer um dos itens seguintes:

- Nível plasmático de glicose em jejum de 8h maior ou igual a 126 mg/dl (7,0 mmol/l) em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose maior ou igual a 200 mg/dl ou 11,1 mmol/l duas horas após ingerir uma dose de 75g de glicose anidra em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose aleatória em ou acima de 200 mg/dl ou 11,1 mmol/l associados a sinais e sintomas típicos de diabetes. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Mas é importante destacar que a clínica e o histórico familiar de saúde do paciente complementam o diagnóstico positivo desta doença.

Os principais sinais e sintomas da DM, originados pela quantidade elevada de glicose em sangue, são: poliúria (necessidade frequente de urinar), Polidipsia (aumento da sede), Polifagia (aumento da fome), perda inexplicada de peso, fadiga, visão turva, infecções recorrentes entre outros.

Na Atenção Básica é muito importante fazer um diagnóstico precoce para assim evitar as inúmeras complicações que trace esta doença para o paciente, a família e a comunidade de forma geral. É extremamente importante a educação do paciente, o acompanhamento de sua dieta, exercícios físicos, monitoração própria de seus níveis de glicose, com o objetivo de manter os níveis de glicose a longo e curto prazo adequados. Um controle cuidadoso é necessário para reduzir os riscos das complicações a longo prazo.

Isso pode ser alcançado com uma combinação de dietas, exercícios e perda de peso (DM tipo 2), várias drogas diabéticas orais (DM tipo 2 somente) e o uso de insulina (DM tipo 1 e tipo 2 que não esteja respondendo à medicação oral). Além disso, devido aos altos riscos associados de doença cardiovascular, devem ser feitas modificações no estilo de vida de modo a controlar a pressão arterial e o colesterol, se exercitando mais, fumando menos e consumindo alimentos apropriados para diabéticos, e se necessário, tomando medicamentos para reduzir a pressão. (ADLER AI, et al, 2000)

As principais complicações da DM são:

- Retinopatia diabética (dano na retina)
- Aterosclerose (placas de gordura no sangue)
- Nefropatia diabética (dano dos rins)
- Neuropatia diabética (dano dos nervos periféricos com perda da sensibilidade)
- Pé diabético (lesão ulcerosa na região distal dos pés devido a diminuição do fluxo sanguíneo e infecção)
- Macro e microangiopatia diabética (diminuição do fluxo arterial e retorno venoso devido à afetação do endotélio vascular)
- Coma hiperosmolar.

- Cetoacidoses diabética.
(AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

A equipe de saúde da família é o principal suporte para os diabéticos na atenção básica, oferecendo uma atenção diferenciada e multidisciplinar, brindando apoio e educando aos pacientes a viver com sua doença, garantindo assim um acompanhamento de excelência que diminua os efeitos de esta patologia para o paciente, a família e a comunidade em geral.

4. Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da necessidade da comunidade de um espaço diferente e relevante para o acompanhamento dos pacientes idosos e complementar o “Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa”², onde pretende-se criar uma modalidade de atenção gerontológica comunitária que contribua a resolver as necessidades psicológicas e biomédicas dos pacientes idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo II, no sentido de implementar o **clube de idosos** na equipe de saúde da família (ESF) # 09 de Santa Efigênia.

Primeiramente será efetuada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde (neste caso composta pelo médico, a enfermeira, 4 agentes comunitários de saúde, o técnico de enfermagem, o dentista e o técnico de saúde bucal, pertencentes a ESF # 09), onde, previa discussão e aceitação dos termos, se organizaram todas as atividades propostas dentro do projeto com a participação ativa de todos os membros da equipe. Implementando o cronograma das atividades a desenvolver, os prazos e responsáveis para cada uma delas.

Posteriormente se organizarão os materiais e recursos necessários para a execução do projeto, onde será importante a participação da secretaria municipal de saúde como órgão reitor da saúde no município, na disponibilização de materiais de apoio como propaganda gráfica de promoção de saúde, modelagem, equipes para a avaliação de pressão arterial (estetoscópio e esfigmomanômetro digital ou de mercúrio) e glicose capilar (glicômetro capilar). Tendo todo pronto, a equipe deve despejar todas as dúvidas enquanto a execução da atividade afim de que o desenvolvimento da mesma seja o mais factível possível.

Depois acontece o levantamento e identificação das pessoas idosas (com idade igual o acima de 60 anos) com doenças associadas (neste caso HAS e/ou DM tipo II), assim como a detecção dos fatores de risco na aparição

² Pode ser compreendido como uma política governamental para a otimização das oportunidades de saúde, promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde da pessoa idosa com o objetivo de envelhecer com dignidade e qualidade de vida.

de complicações de cada um deles; os quais serão inscritos e formarão parte do “*Clube de Idosos*”.

Se avaliarão os sinais vitais de cada paciente (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória) em cada sessão e antes de executar qualquer tipo de atividade afim de evitar a ocorrência de acidentes ou lesões.

Também se avaliarão periodicamente os níveis de glicose capilar para monitorar o grau de controle metabólico e o estado nutricional segundo o IMC (avaliando a altura e o peso, este último, quinzenalmente).

Se elaborará um plano individualizado de exercícios para cada paciente segundo suas necessidades, dosificando cada sessão de acordo à resposta e evolução individual.

Se estabelecerão encontros de dinâmica de grupo quinzenais, entendendo a ***dinâmica de grupo***, como a técnica de discussão verbal cujo objetivo é debater sobre um tema ou resolver um problema de forma grupal, em um período limitado de tempo (entre 30 e 45 minutos) e dentro de um ambiente de harmonia e respeito. Sendo os tipos de dinâmica mais utilizados: o foro, a mesa redonda, o debate, o painel e a tormenta de ideias. É importante conhecer que as dinâmicas de grupo não têm solução e ao final não haverá um ganhador ou um perdedor, ou uma opinião mais correta que outra. Os guias avaliam as habilidades e atitudes que os participantes mostram com o resto do grupo durante a resolução de um conflito o a confrontação de opiniões.

Programação de atividades educacionais, culturais, esportivas e de lazer com o concurso de diferentes setores do município, promovendo a intersectorialidade e a interação dos integrantes do grupo com os diferentes organismos municipais.

No último momento, serão registradas todas as informações obtidas e posteriormente, processadas pelas integrantes da equipe de saúde para sua posterior utilização na elaboração de um prognóstico de saúde do grupo, afim

de implementar estratégias de saúde em concordância com os achados detectados durante todo o processo.

Estas informações também podem ser utilizadas como preâmbulo para aprofundar neste tema assim como para complementar estudos posteriores.

Todo o processo fica sujeito à avaliação periódica e a retroalimentação entre os membros da equipe, assim como os pacientes, com o objetivo de garantir a qualidade na atenção e o acompanhamento integral aos integrantes do clube.

5. Cronograma

ATIVIDADES	ANO 2017						
	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Apresentação, discussão e aprovação do projeto pela equipe	X						
Apresentação do projeto para a Comunidade	X						
Planejamento e organização das atividades a ser desenvolvidas por cada integrante da equipe.	X						
Identificação e inscrição das pessoas idosas com HAS e/ou DM ao projeto.		X	X	X	X	X	X
Avaliação do estado integral de saúde de cada paciente e elaboração de planos de atendimento individuais para cada caso.			X	X	X	X	X
Estabelecimento dos encontros de Dinâmica de Grupo e programação aleatória de atividades de lazer.			X	X	X	X	X
Implementação de estratégias de saúde em concordância com os achados detectados			X	X	X	X	X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho pela equipe e a comunidade.					X		X

6. Recursos Necessários

6.1 Recursos Humanos

- Equipe de saúde da família composta por 4 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista e 1 técnico de saúde bucal.

6.2 Recursos Materiais

- Esfigmomanômetro de mercúrio ou digital.
- Estetoscópio.
- Glicômetro capilar
- Tiras reactivas
- Lancetas
- Álcool e algodão.
- Balança.
- Pastas para arquivo do planejamento das atividades.
- Canetas
- Folhas A4
- Computador
- Impressora

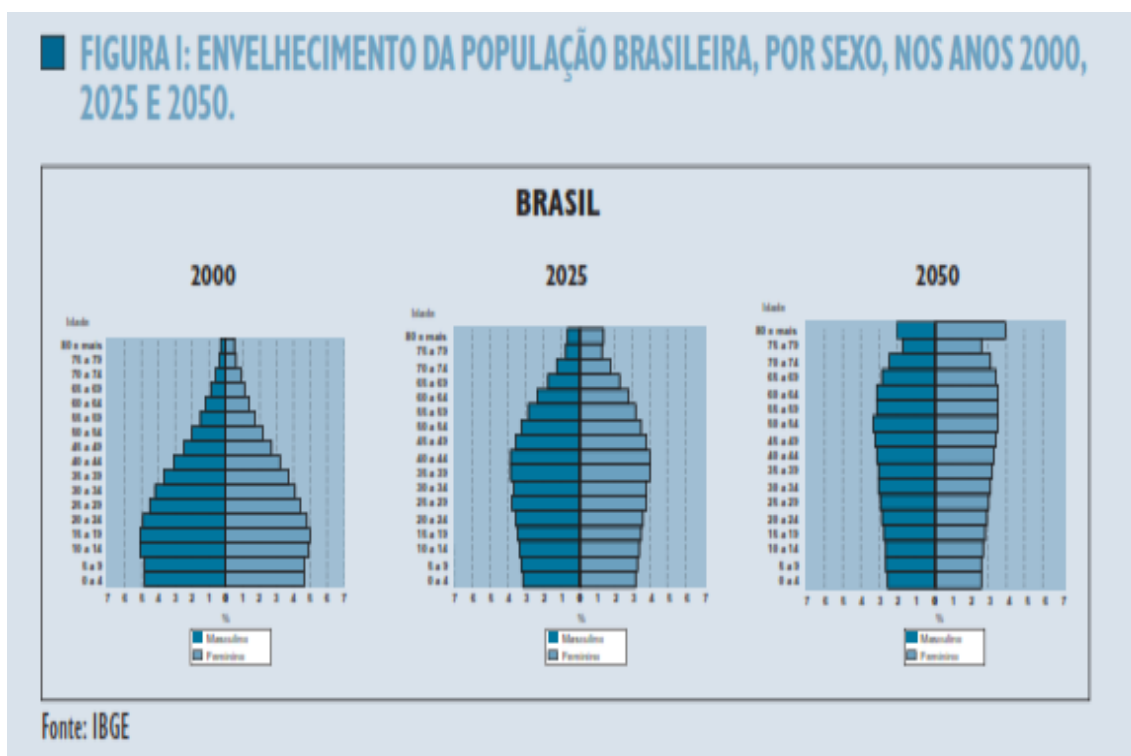
7. Resultados Esperados

- Ampliação e aprofundamento dos conhecimentos em HAS e DM.
- Compartilhamento de experiências favorecendo as relações interpessoais.
- Maior controle da pressão arterial e glicose com uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso.
- Garantir um estado nutricional saudável de cada paciente.
- Produzir mais autonomia dos pacientes para o desenvolvimento das atividades da vida diária.
- Detecção precoce de fatores de risco para a diminuição de complicações cerebrovasculares, cardiovasculares e metabólicas.
- Lograr mudanças dos pacientes a estilos de vida mais saudáveis.
- Criação de estratégias na melhoria do trabalho em equipe e multidisciplinar.
- Ampliação do projeto a outras equipes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ADLER AI, Stratton IM, Neil HA, Yudkin JS, Matthews DR, Cull CA, Wright AD, Turner RC, Holman RR. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:412-9.
- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.
- ARAÚJO, L. F. Benefícios da atividade física segundo os idosos hipertensos e diabéticos do programa de saúde da família. Monografia. Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS, 2006; caderno nº 19.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006, 58 p.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. Protocolo de Saúde do Adulto: Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. 1 ed. Londrina, 2006; 167 p.

- LONGO, Marco Aurelio Tosta; MARTELLI, Anderson; ZIMMERMANN Anita. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio De Janeiro, 2011; v. 14, n. 2, p. 271-284.
- OMS. Factores de riesgo. Disponível em: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/. Acesso em: 26/03/2017
- OMS. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine.** v.41, n.10, 1995, p.403-409.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Guia Clínica para atención Primaria a las Personas Mayores. 3 ed. Washington: OPAS, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, out, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acesso em 26/03/2017

ANEXOS:**Anexo 1. Figura 1**

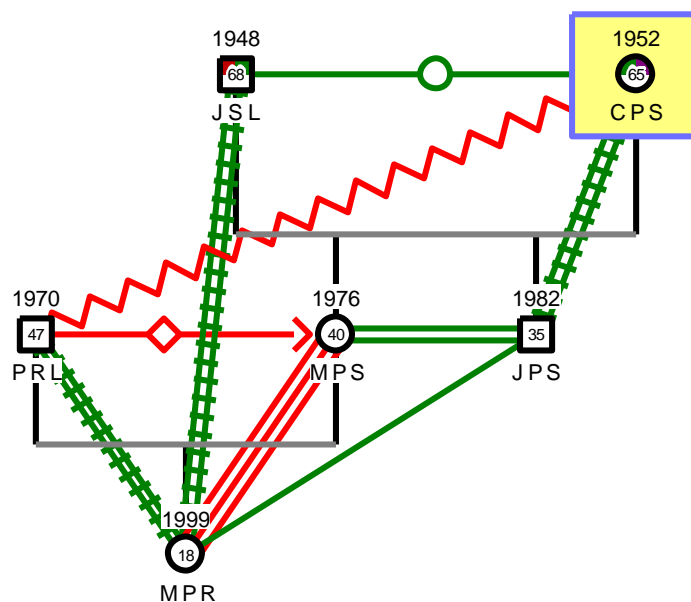
Anexo 2. Caderneta do paciente (anverso)

<p>Avaliação Nutricional:</p> <p>Peso: _____ kg.</p> <p>Altura: _____ m.</p> <p>IMC: _____.</p> <p>Abaixo do peso ---- <input type="checkbox"/></p> <p>Peso saudável ----- <input type="checkbox"/></p> <p>Sobrepeso ----- <input type="checkbox"/></p> <p>Obesidade ----- <input type="checkbox"/></p>	Medicamentos em Uso:		<p>Caderneta do Paciente</p> <p><i>Clube de Idosos</i></p> <p><i>“Santa Efigênia”</i></p> <p>Nome: _____</p> <p>Data Nasc.: ___/___/___</p> <p>Nº SUS: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <hr/> <p>Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>ACS: _____</p>
	MEDICAMENTO	DOSE	

Desenho do autor

OUTROS ANEXOS:

Genograma do Caso Clínico



Legenda do Genograma.

