



REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TITULO: AÇÕES EDUCATIVAS PARA DIMINUIR O NUMERO DE
PACIENTES IDOSOS AFETADAS POR AS DIVERSAS COMPLICAÇÕES DA
DIABETES MELLITUS, NO POSTO DE SAÚDE DE PSF DE MAILASQUI,
MUNICIPIO SÃO ROQUE, SÃO PAULO.

AUTOR: MARTÍN RAMÓN NAVARRO SIMOZA

ORIENTADORA: JULIANNA LETICIA GIMENES COTRICK
GOMES

SÃO PAULO, NOVEMBRO, 2014.



Sumário:

1. Introdução.....	3
1.1 Identificar e apresentar o problema	3
1.2 Justificar a intervenção	3
2.Objetivos.....	5
2.1 Geral	5
2.2 Específicos	5
3. Revisão Bibliográfica	6
4. Metodologia	11
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	11
4.2 Cenários da intervenção.....	11
4.3 Estratégias e ações.....	12
4.4. Avaliação e Monitoramento.....	13
5. Resultados Esperados.....	14
6. Cronograma	15
7. Referências Bibliograficas.....	16,17
9. Apêndices	



1. INTRODUÇÃO.

No Brasil, a partir da década de 60, ocorreram várias transformações políticas, sociais e econômicas que determinaram transformações demográficas, as qual é concomitante a essas transformações demográficas, epidemiológicas que se constituem em mudanças da alta incidência por a mobilidade das doenças crônicas não transmissíveis em especial as cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças mentais e Diabetes Mellitus razão de este estudo. ¹ Os hábitos de vida dos brasileiros sofreram uma profunda mudança nos últimos anos, que estão provocando o aumento de doenças crônicas como o diabetes, a qual vem aumentando um 40% nos últimos seis anos. ²

Devido a essas circunstâncias a Organização Panamericana de Saúde³ refere que o aumento gradual da população de idosos e a maior incidência das doenças crônicas representam carga adicional ao sistema de saúde, como iene acontecendo em nossa área de trabalho em Município de São Roque SP, no posto de saúde de PSF, da comunidade de Mailasqui onde um maior número de pacientes idosos de nossa comunidade sofre a doença de Diabetes Mellitus (DM).

A Diabetes Mellitus (DM)⁴, é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que são produzidas no pâncreas, pelas chamadas células betas. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia. Sabemos hoje que diversas condições que podem levar ao diabetes, porém a grande maioria dos casos está dividida em dois grupos: Diabetes Tipo um e Diabetes Tipo dois.

No mundo tem mais de 347 milhões de pessoas com diabetes tipo um, se calcula que em 2012 faleceram 1,5 milhões de pessoas como consequências do excesso de açúcar no sangue em jejum, Mais dos 80% das mortes pela diabetes se registra em países de baixos e meios ingresso⁵. As projeções da OMS, a diabetes será a sétima causa de mortalidade em 2030⁶.

Em Brasil a capital com maior percentual de diabéticos é São Paulo com 9,3% da população⁷, igualmente no posto de saúde de Mailasqui durante o presente ano (2014), no a prevalência de dos pacientes idosos com a doença de DM, e muito altos assim como os malos hábitos alimentares e as complicações associadas ala doença tales como, Nefropatias, cegueira, transtornos vasculares e endócrinos etc. De igual forma constatamos que a maioria deles não tem um correto habito alimentaria.

O objetivo deste trabalho é diminuir o numero de pacientes idosos afetadas por as diversas complicações da Diabetes Mellitus, no posto de saúde de PSF de Mailasqui município São Roque SP.

Toda nossa investigação tem como finalidade de evitar complicações de saúde, o uso da insulina e a poli farmácia, nos pacientes do posto de saúde de Mailasqui, com uma dieta saudável, a atividade física regular, o mantimento de um peso corporal normal, e evitar o consumo de tabaco podem previr a diabetes de tipo dois o retrasar sua aparição.



2. Objetivos

2.1 Objetivos gerais:

Diminuir o número de pacientes idosos afetados por as diversas complicações da Diabetes Mellitus, no posto de saúde de PSF de Mailasqui município São Roque SP.

2.2 Objetivos específicos:

- Implantar um protocolo para o atendimento dos pacientes idosos com diabetes Mellitus, por meio de dois formulários (formulário de primeiro atendimento ao hipertenso e de evolução);
- Facilitar o controle e o seguimento dos pacientes idosos com Diabetes mellitus através da ficha de evolução (Apêndice B);
- Propor um plano de cuidados e acompanhamento dos pacientes idosos com diabetes mellitus através de dietas e orientações educativas;
- Aumentar adesão ao tratamento proposto na consulta médica.

3. Revisão bibliográfica.

No estudo realizado no Brasil sobre prevalência do diabetes mellitus, verificou-se que o aumento de prevalência do diabetes ocorre proporcionalmente à idade. Os autores deste estudo alertam para a importância dessa enfermidade, em razão do envelhecimento populacional que vem ocorrendo no Brasil. Reforçam também que essa constatação corrobora com estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento ⁽¹¹⁾.

O diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum à hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de ou em ambos. A classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos diabetes mellitus insulino dependente e diabetes mellitus insulino independente devem ser eliminados.

A classificação o proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽⁶⁾ e pela Associação Brasileira de Diabetes (ABA) ⁽⁸⁾ e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e diabetes mellitus gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovascular. As classificações são:

3.1 Diabetes mellitus tipo 1.

O DM tipo 1 (DM1), forma presente em 5%-10% dos casos, é o resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é mediada por auto-imunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo auto-imune, sendo, portanto, referida como forma idiopática do DM1 ^(4,8).

3.2 Diabetes mellitus tipo 2.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM ^(4,8)

Apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado ^(3,4,8).

3.3 Outros tipos específicos de DM.

Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições clínicas ^(4,8).

3.4 Diabetes Mellitus gestacional.

É qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Não exclui a possibilidade de a condição existir antes da gravidez, mas ser reavaliadas quatro a seis semanas após o parto e reclassificadas como apresentando DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia ⁽⁸⁾.



3.5 Pré-diabetes.

Refere-se a um estado intermediário entre a homeostase normal da glicose e o DM. A categoria glicemia de jejum alterada refere-se às concentrações de glicemia de jejum que são inferiores ao critério diagnóstico para o DM, porém mais elevadas do que o valor de referência normal.

O critério diagnóstico foi modificado, em 1997, pela American Diabetes Association (ADA), posteriormente aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) ^(3,8,14). As modificações foram realizadas com a finalidade de prevenir de maneira eficaz as complicações micro e macrovasculares do DM ^(4,6). Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM:

Métodos e critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições ^(2,4); glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7 milimois). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl. O teste de tolerância à glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com colheita para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose.

Nesta perspectiva o ministério da saúde ⁽²⁾ pontua, de maneira geral, a influência da diabetes na saúde da população, quando não controlada eficazmente. Relata que a doença é uma das principais causas de internação no Brasil; uma pessoa diabética tem dezessete vezes mais chance de desenvolver Nefropatia e quarenta vezes mais chance de sofrer amputação de membros inferiores; o infarto cardíaco é seis vezes mais frequente no diabético e ocorre dez anos antes do que na população geral; é uma das causas de impotência sexual masculina; cerca de 50 % da população geral; quando o



diabetes surge antes dos 50 anos, o paciente perde de cinco a quinze anos de expectativa de vida.

Em Brasil a capital com maior percentual de diabéticos é São Paulo com 9,3% da população⁷, igualmente no posto de saúde de Mailasqui com uma população de 2689 cadastradas pelos agentes comunitários durante o presente ano (2014), no a prevalência de dos pacientes idosos com a doença de DM, e muito altos se estima 153 pessoas aproximadamente, que ademais tem malos hábitos alimentares e as complicações associadas ala doença tales como, Nefropatias, cegueira, transtornos vasculares e endócrinos etc. De igual forma constatamos que a maioria deles não tem um correto habito alimentaria.

A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes idosos com diabetes mellitus (DM) associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha^(2,4,6,8,14). Está comprovado que essa associação provoca uma melhora na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduz de forma expressiva a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando os perfis metabólicos com redução nos níveis de LDL-C e triglicerídeos e aumento do HDL-C. Diversos estudos em pacientes com DM fundamentam as condutas referentes à terapia nutricional e ao exercício físico como tratamento, que serão apresentadas a seguir^(10,13,14).

Terapia nutricional

A adoção de um plano alimentar saudável é fundamental no tratamento do DM^(10,14). Para estabelecer as necessidades nutricionais do indivíduo, o primeiro passo é realizar uma avaliação nutricional detalhada, incluindo a determinação de índice de massa corporal, circunferência abdominal. Além disso, a determinação do perfil metabólico é muito importante para o estabelecimento da terapia nutricional do DM. O plano alimentar deve ser individualizado e fornecer um valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou a manutenção de peso corporal desejável. Para obesos princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus diabéticos, a dieta



deve ser hipocalórica, com uma redução de 500kcal a 1.000kcal do gasto energético total (GET) diário previsto ou da anamnese alimentar, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5kg a 1kg/semana. Um método prático para o cálculo do GET é utilizar 20kcal a 25kcal/kg peso atual/dia. Não utilizar dietas inferiores a 800kcal, pois não são efetivas para a redução de peso. Em indivíduos resistentes à insulina, uma redução na ingestão energética e perda moderada de peso melhoram resistência à insulina e glicemia em curto prazo ^(2,4,6,10,13).

Programas estruturados que enfatizam mudanças no estilo de vida, incluindo educação nutricional, redução de gorduras (menos de 30% da ingestão energética) e ingestão energética, atividade física regular e contato regular com profissionais, pode produzir perda de peso em longo prazo em torno de 5%-7% do peso corporal ^(2,5,8,12). Dessa forma, exercícios e modificação comportamental são muito úteis como adjuntos a outras estratégias para perda e manutenção de peso. Dieta-padrão para redução de peso, quando feita de maneira isolada, é insuficiente para produzir perda de peso em longo prazo ⁽¹⁰⁾.

As necessidades energéticas para pessoas idosas são menores do que para adultos jovens. A atividade física deve ser encorajada. Na idade avançada, a desnutrição é mais comum que o excesso de peso, portanto atenção deve ser dada quando forem prescritas dietas para perda de peso.

Nesta perspectiva acredita-se que as ações educativas, juntos ao paciente, familiares e comunidade, tem um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que suas complicações estão estreitamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável. O idoso, em especial necessita ser estimulado pelo profissionais de saúde a manter uma vida Independente, adaptando-se da melhor maneira possível as modificações exigidas para o controle metabólico.

4. Metodologia.

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes idosos com Diabetes Mellitus atendidos na Unidade de Saúde (PSF) do Barrio de Mailasqui no município de São Roque SP.

4.2 Cenários da intervenção:

O projeto de intervenção será realizado na unidade de (PSF) do bairro Mailasqui, na cidade de São roque, um município do estado de São Paulo. O município pertencesse a o interior do estado e de características montanhosas, com população estimada em 2010 de 10.713 habitantes. No ano 2115 a PSF possui 2.689 famílias cadastradas no sistema de atendimento. O projeto será realizado a partir do ano de 2015.

4.3 Estratégias e ações:

A estratégia estra dirigida na primeira linha na organização de um dia da semana, previamente programado, o médico da PSF, atenderá somente pacientes com diabetes mellitus O primeiro atendimento desses pacientes será em consultas de 30 minutos, onde serão abordados diversos aspectos que estão contemplados no formulário de primeiro atendimento (Apêndice A). Esse formulário de primeira consulta consiste em uma anamnese completa junto com um exame físico completo, exames laboratoriais e medicações em uso. Através dele, será realizada a estratificação da doença e de risco do paciente e conforme aos dados encontrados com cada paciente será estabelecida uma rotina de atendimento para cada caso.

E importante à classificação dos pacientes diabéticos com DM tipo 1, DM tipo 2 e com resistência da insulina, para começar seguem cada caso um programa de modificação dos hábitos de vida e alimentares através de orientações medicas e regímen dietético.

Para os pacientes idosos com DM tipo 1, serão atendidos individualmente duas vezes no ano pelo médico, após a consulta serão



realizados, durante o ano, dois atendimentos coletivos de enfermagem, um atendimento individual de enfermagem, uma consulta de enfermagem e uma orientação médica coletiva, avaliações de exames laboratoriais uma ou duas vezes por ano seguem fique o estado de saúde do paciente em compensado ou descompensado mais as avaliações da glicose em casa pelo glicômetro.

Para os pacientes idosos com DM tipo 2 serão atendidos individualmente três vezes no ano pelo médico, e entre essas consultas médicas o paciente também irá realizar atendimento coletivo da enfermagem duas vezes no ano e uma consulta de enfermagem, com a finalidade de manter um melhor controle do dosagem da medicação e valores da glicemia com o régimen alimentar para evitar descompensa ção que possa levar ao paciente a sofrer complicações tales como Nefropatias, cegueira, amputação e invalidez etc. e o uso da insulina como ultimo recurso farmacológico.

Após essa primeira consulta e a estratificação e calcificação das doenças da diabetes Mellitus, esses pacientes irão continuar em seguimento no PSF através de cheque-o dos valores de glicose e um formulário de evolução (Apêndice B), que possui uma anamnese e um exame físico dirigido. Essas consultas de evolução terão um tempo menos de atendimento por serem mais dirigidas.

Contaremos com as visitas dos agentes comunitários para manter um seguimento do paciente em casa, onde ele avaliara as condições subjetivas do paciente, além que possa precisar avaliações domiciliares ou apoio integral das autoridades e pessoal do posto de saúde.

E importante conhecer que nosso formulário serão anotados os dados sobre pertinentes sobre a evolução do paciente como as intercorrências ocorridas, queixas apresentadas, exames realizados, observância das orientações, o exame físico do paciente (ausculta cardíaca e respiratória, glicemia capilar, medidas de pressão arterial e avaliação de extremidades), as medicações em uso e dose. Anotar também se o paciente está usando-as de maneira correta (dosagem e régimen alimentar), peso, estatura, se o paciente



está com uma alimentação adequada e se está realizando atividades físicas.

4.4. Avaliação e monitoramento

Com todas estas informações colidas pela pessoa do posto através dos formulários e os controles das agentes comunitários têm uma alta porcentagem de êxito na prevenção das doenças secundarias pela Diabetes mellitus e melhora nos exames laboratoriais da população atendida.



5. Resultados Esperados.

Espera-se que fossem possíveis aos idosos diabéticos complementares seus conhecimentos sobre os diversos aspectos do diabetes mellitus, favorecendo o desenvolvimento de atitudes de autocuidado e autocontrole com sua saúde. Reconhecer que a educação em saúde tem um papel importante no tratamento e controle das doenças crônicas. Através de este o paciente pode sentir-se mais seguro e enfrentar melhor sua enfermidade, procurando adequar sua vida as necessidades advindas do tratamento, da forma menos traumática possível, Com isso haverá menos complicações como doença arterial coronariana, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca, invalidez, cegueira. Ocasionando menores custos ao sistema de saúde (SUS).

6. CRONOGRAMA

Atividades	Mar/14	Abr/14	Mai/14	Jun/14	Jul/14	Ago/14	Set/14	Out/14	Nov/14	Dic/14
Identificação do Problema	x									
Elaboração do Projeto de Intervenção		x	x							
Revisão Bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de Dados	x	x	x							
Aplicação do projeto de intervenção					x	x	x	x	x	x

Atividades	Jan/15	Fev/15	Mar/15	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15	Set/15	Out/15
Revisão Bibliográfica	x	x								
Aplicação do projeto de intervenção	x	x	x	x	x	x	x			
Discussão e Análise de Resultados								x	x	
Revisão final e digitação										
Entrega final do trabalho										x
Socialização do trabalho										x
Proposta de o projeto ser permanente na unidade.										x

7. Referencias bibliografia.

1. Laurenti R, Fonseca LAM, Costa Jr ML. Questão demográfica e a transição epidemiológica. In: 1990 sets; campinas. Campinas: unicamp; 1990. P. 143-165.
2. Ministério da saúde, Portal Brasil. Disponível no portal web: www.brasil.gov.br; 2014.
3. Organização Pan Americana de Saúde. Las condiciones de salud en las Américas. Washington;1994. (OPAS-publicação científicas, 549).
4. Sociedade Brasileira de endocrinologia e metabologia, SBEM; Portal web www.endocrino.org.br 2014.
5. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet, 2011, 378 (9785):31–40.
6. Organización mundial da la salud, Nota descriptiva N°312; Noviembre de 2014.
7. DATASUS. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br>>.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes, no seite; <http://www.diabetes.org.br/oque-e-diabetes>, 2014.
9. Ministério da saúde (BR). Diabetes mellitus; informe técnico. Brasília; 1993.
10. Manual de Nutrição Pessoa com Diabetes. Sociedade Brasileira de endocrinologia e metabologia; São Paulo SP, 2009.
11. CENEPI Estudo multicêntrico sobre prevalência do diabetes mellitus no Brasil. Inf Epidemiol SUS 1992; 1(3): 45-73.
12. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.
13. Tanasescu M, Cho E, Manson JE, Hu FB. Dietary fat and cholesterol and the risk of cardiovascular disease among women with type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2004; 79: 999-1005.



14. American Diabetes Association (ADA).



Apêndice A

Formulário de Primeiro Atendimento medica

NOME: _____ Data: ___/___/___

Data Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo ___ Gr. Étnico (Pr) (B) (M) (A)

Natural: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - _____ Telefones: _____

Profissão: _____

HPMA: Hipertensão Arterial desde: ___/___/___ Diabetes Mellitus Não Sim desde ___/___/___

Como tem se cuidado após o conhecimento da(s) doença(s) _____

GERAL emagrecimento ganho de peso _____

fraqueza Anemia? _____

OFTALMOLÓGICO: Normal Comprometida (explique) _____

NEUROLÓGICO cefaléia tontura _____

convulsões parestesias _____

Neuropatia periférica/autônoma _____

CARDIOVASCULAR dispnéia palpitações _____

elevação do decúbito angina _____

IM ICC (classe funcional) _____

RESPIRATÓRIO bronquite/asma _____

tosse expectoração _____

DIGESTIVO diarreia obstipação _____

hematêmese melena _____

RENAL alterações urinárias nictúria _____

hematúria cólica renal ITU _____

edema nefrite progressiva _____

ENDOCRINOLÓGICO polis tireóide _____

Já fez avaliação tireoidiana? _____

FEO (cefaléia, crise, taquicardia) _____

REPRODUTOR menarca menopausa _____

ciclos menstruais G ___ P ___ A _____

impotência (uso de Viagra similares) _____

anticoncepcional TRH _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

H A AVC IM ou morte

súbita

Diabetes Outras

doenças e

estado de

saúde

Pai vivo morto/causa

Mãe viva morta/causa

No. de irmãos :

HÁBITOS: Fumante não sim No. cigarros/dia: _____ Tempo: _____ Álcool: _____

Drogas ilícitas?: _____

Exercícios Físicos regulares? não sim Tipo _____

No. vezes/sem: _____ e tempo exercício cada vez: _____

Trabalho diário não sedentário? Descrever: _____

DIETA ATUAL: livre hipossódica hipocalórica hipoproteica

MEDICAÇÃO EM USO (dose e frequência) _____



Uso freqüente de AINE? não sim descrever droga e freqüência _____

Exame Físico (primeira consulta) e Programação do

Acompanhamento

Peso: _____ Kg, Altura: _____ cm, Cálculo IMC: _____ Kg/m²

, Circ. Abdominal: _____ cm, Circ.

Braquial (MSD): _____ cm se > 34 cm usar manguito grande

Mucosas: _____

Cabeça e pescoço: (estase jugular? tireóide?): _____

Ausculta cardíaca: (Rítmico? Sopros? B4? B3? A2?): _____

Ausculta pulmonar: (MV, ESC/EC bases?): _____

Abdome: Visceromegalias? Fígado? _____

Extremidades: Edema?: _____ Varizes?: _____

Fundo Olho- descrever Papilas, retinas, vasos

Pulsos periféricos (0-ausente, 1-diminuído, 2-normal):

Medida da Pressão Arterial: deve ser realizada após 5 minutos em “repouso” na posição sentada ou deitada (duas medidas) e em pé (duas medidas). Observar intervalos de pelo menos 30 segundos entre o final de uma medida e o início da próxima. Anotar o valor em múltiplos de 2 milímetros de mercúrio (p. ex. 154/98 mmHg e não 15/10). Utilizar manguito adequado para a circunferência braquial (27 a 34 cm usar manguito adulto regular, > 34 cm usar manguito adulto grande), dando preferência pelo MSD. O peso e as medidas da PA com esta técnica devem ser obtidos em todas

as visitas.

Exames Laboratoriais e complementares na primeira consulta e a cada ano:

- Hemograma Creatinina ECG
- Glicemia em jejum Potássio Rx Tórax
- Colesterol total Urina tipo I Triglicérides
- Ecocardiograma (em casos especiais) HDL – colesterol TSH (mulheres > 40 anos)

Síndrome Metabólica (3 ou mais dos seguintes critérios):

- PA \geq 130/85 mmHg
- Circ. Abdominal \geq 88 cm (mulheres) e \geq 102 cm (homens)
- Glicemia em jejum \geq 110 mg/dL
- Triglicérides \geq 150 mg/dL



HDL – colesterol ≤ 50 mg/dL (mulheres) ≤ 40 mg/dL (homens)

Conclusões: Hipertensão Arterial (estágio): 1 2 3 Sistólica isolada

Presença de Síndrome metabólica? Sim Não

Presença de diabetes mellitus tipo 2? Sim Não

Risco cardiovascular: RCV baixo (I) RCV moderado (II) RCV alto (III)

RCV muito alto (IV)

Tratamento Proposto: Orientação dietética Orientação atividade física

Orientação uso correto medicação

Medicamentos: _____



Apêndice B

Formulário de evolução do paciente com Diabetes Mellitus:

Nome: _____ Pront. No. _____

Programa ()HA ()DM ()HA e DM Data: ____/____/____

Intercorrências/queixas/exames realizados/observância das orientações: _____

Medicação Atual e Dose _____

(Ex. Metformina 850mg 1-0-1) _____

Glicemia capilar: ____ mg/dL Peso ____ Kg _____

PA sentado ____/____ mmHg FC ____ bpm Ritmo cardíaco: _____

PA sentado ____/____ mmHg Pulmões: _____

PA em pé ____/____ mmHg FC ____ bpm Extremidades: (edema?) _____

Conduta: _____

Retorno: _____