

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
ANNA SUELLEN SALAZAR PEDROSA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MANAUS-AM

2017

ANNA SUELLEN SALAZAR PEDROSA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob a orientação do Professor Rodolfo Souza da Silva, médico de família e comunidade.

MANAUS-AM

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO -----	07
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS -----	14
4. VISITA DOMICILIAR -----	17
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA -----	21

REFERÊNCIAS

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

INTRODUÇÃO

Sou Anna Suellen Salazar, tenho 30 anos, nascida na cidade de Santa Inês – MA, porém sou amazonense de alma e coração, pois cheguei com apenas 8 meses de vida na cidade de Manaus. Sempre sonhei em ser médica, e durante anos fui permeando outros caminhos na esperança de realizar esse sonho. Em 23 de setembro de 2007, larguei a faculdade de Psicologia na Universidade Federal do Amazonas e de Engenharia na Universidade Estadual do Amazonas para cursar medicina em Cuba, que até então, em minha opinião, era a 3º melhor medicina do mundo. Após um ano e seis meses enfrentando todas as dificuldades de um novo desafio em um país desconhecido, por ora passando privações, outras até sofrendo humilhações, que me fizeram desacreditar da medicina local, resolvi regressar ao meu país e recomeçar.

Em 09 de julho de 2009, cruzei a Venezuela com 50 dólares no bolso, enfrentando diversas manifestações populares no caminho, tentando chegar a minha casa, pois na época, o dinheiro deu apenas para comprar a passagem até Caracas. Após um dia e meio de viagem, aterrorizada com a ameaça de atear fogo no ônibus em que eu estava, faminta, cheguei à cidade de Boa Vista / RR, uma cidade pequena, mas que me fez enxergar novas possibilidades de retorno a meu desejo de vida: Ser Médica. Foi quando em novembro deste mesmo ano, decidi retornar a Boa Vista para realizar o vestibular e cursar minha tão sonhada faculdade, finalmente pude dizer: Passei. No dia 01 de março de 2010 adentrei as portas da sala de aula da Universidade Federal de Roraima (UFRR) como aluna do curso de Medicina, um dia tão esperado e emocionante e, no dia 03 de dezembro de 2015 me tornei médica.

Minha primeira experiência profissional foi em minha cidade, Manaus, como médica em um Pronto-Socorro Infantil de um hospital particular, e após dois meses do meu início, tive a grata surpresa de ser selecionada para atuar no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Hoje, faço parte da equipe da UBSF O-43 que esta situada no bairro compensa 2– Zona Oeste de Manaus.

A cidade de Manaus possui aproximadamente um pouco mais de dois milhões de habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2016, sendo o mais populoso da região norte e o sétimo mais populoso do país. É considerado o grande centro financeiro do norte e possui em sua história e sua floresta um grande atrativo turístico. O bairro da compensa, localizado na Zona Oeste, é composto por um grande conglomerado de centros comerciais em sua principal avenida, a Avenida Brasil, e casas “mal estruturadas” (devido à invasão), com uma população estimada de 80 mil moradores, bairro o qual sempre foi considerado um local de extrema violência, devido aos altos de índices de homicídios e latrocínios, e a grande movimentação do tráfico de drogas no local.

A UBSF OESTE-43 está inserida no bairro Compensa 2 que, fica localizado nesta referida zona. O bairro como um todo possui uma população de aproximadamente 80.000 habitantes, fruto de sua invasão desordenada, principalmente de paraenses e nordestinos. Por tratar-se de uma invasão, o local, apresenta todos os problemas inerentes a um povoamento desordenado, onde falta saneamento básico (com esgotos a céu aberto, falta de água, igarapés que passam por debaixo das casas abarrotados de lixos jogados pela população e trazidos de outras localidades), aglomerados de residências em áreas com riscos de desabamentos; alagamentos em períodos chuvosos; ruas mal planejadas entre outros. Porém, é possível encontrar nas adjacências do local o Pronto-Socorro Infantil da Zona Oeste que atende a demanda emergencial do local, possuindo em sua estrutura UTI, internação e Pronto-Atendimento. Possui uma maternidade para a qual encaminhamos as gestantes para o acolhimento inicial antes do parto e as pacientes com desejo em realizar a laqueadura tubária ou utilizar o DIU (Dispositivo Intrauterino). Há também um Pronto-atendimento para o adulto que serve de suporte para os casos de média complexidade, um Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIME) que visa manter um trabalho de atenção continuada principalmente aos idosos que moram em locais que não fazem parte da área de cobertura das unidades de Estratégia de Saúde da Família. Temos um Centro de Atenção Integral a Criança (CAIC) que funciona como a atenção primária com atendimentos ambulatoriais voltados ao serviço de puericultura e, um PAC

(Pronto Atendimento ao Cidadão) que oferece serviços como agências bancárias, correios, DETRAN, Farmácia Popular e outras instituições neste local. No bairro da compensa também funcionam as sedes da Prefeitura de Manaus e do Governo do Estado, bem como diversas escolas, mas nenhuma creche pública.

A UBSF O-43 funciona de 7:00 horas às 16:30 horas, oferecendo à população serviços de nebulização, dispensação de medicamentos, curativo, consulta médica, consulta de enfermagem, sistema de regulação para marcação de consultas com especialistas e marcação de exames. Em seu quadro de funcionários há uma médica, uma enfermeira, uma dentista, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi realizar o “Levantamento dos riscos cardiovasculares em pacientes portadores de diabetes” contidos no projeto de intervenção que constará nos anexos deste portfólio. O principal motivo da escolha deste tema foi alertar e, tentar sensibilizar a população sobre a importância de estabelecer um estilo de vida saudável, bem como manter o tratamento adequado naqueles que já possuem a doença, ressaltando a estes os reais riscos que a doença acarreta e, enfatizando que não existe tratamento adequado, sem Mudanças de Estilo de Vida (MEV).

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No dia 01 de março de 2016 iniciei os atendimentos da Unidade Básica de Saúde da Família, unidade O-43. Esta UBSF ficou por 9 meses sem atendimento, pois a médica que atendia o local aposentou-se em julho de 2015, e até março não haviam colocado outro substituto.

A demanda inicial era demasiada grande, e no dia **14/04/2016**, a paciente C.S.G, 29 anos, sexo feminino, vem a consulta de rotina médica no dia do Programa HIPERDIA, com os seguinte dados coletados na triagem:

Idade: 29 anos;

PA: 90x60

Peso: 48,500kg;

Glicemia Capilar: 466mg/dl

Altura: 1,65cm;

Paciente vem à consulta de rotina queixando-se da presença de “caroços por todo corpo” que são pruriginosos, apresentando maior quantidade em região de cotovelos, joelhos e tronco. Relata que teve o diagnóstico de diabetes mellitus há aproximadamente quatro anos. Desde a saída da médica anterior, a paciente não teve mais acompanhamento com outros profissionais da saúde, apresentando piora dos sintomas diabéticos, já com comprometimento da microvasculatura com retinopatia diabética, mialgia, polidipsia, perda de peso importante e poliúria. No momento esta faz uso de metformina com duas tomadas ao dia e, glibenclamida, também com duas tomadas ao dia.

H. fisiológica: Paciente nascida de parto normal é a 10^o filha de um total de 13 filhos, teve sua menarca aos 13 anos, sexarca aos 17 anos. Na infância teve catapora e pneumonia. Em sua história obstétrica G1 P1n A0.

H. familiar: **avó materna e mãe** portadora de DM, o **avô materno** morreu de uma diarreia crônica que a mesma não soube relatar a causa, a **avó paterna** morreu de “velhice” (com 100 anos sem um diagnóstico definido), o **avô paterno** foi assassinado e, o **pai** está em investigação para Câncer de estômago.

H. Social: Mora em uma casa de madeira tipo palafita (passa um córrego por baixo da casa que é cheio de lixo, insetos das mais diversas espécies com péssimas condições de saneamento básico), possui água encanada, não possui animais domésticos.

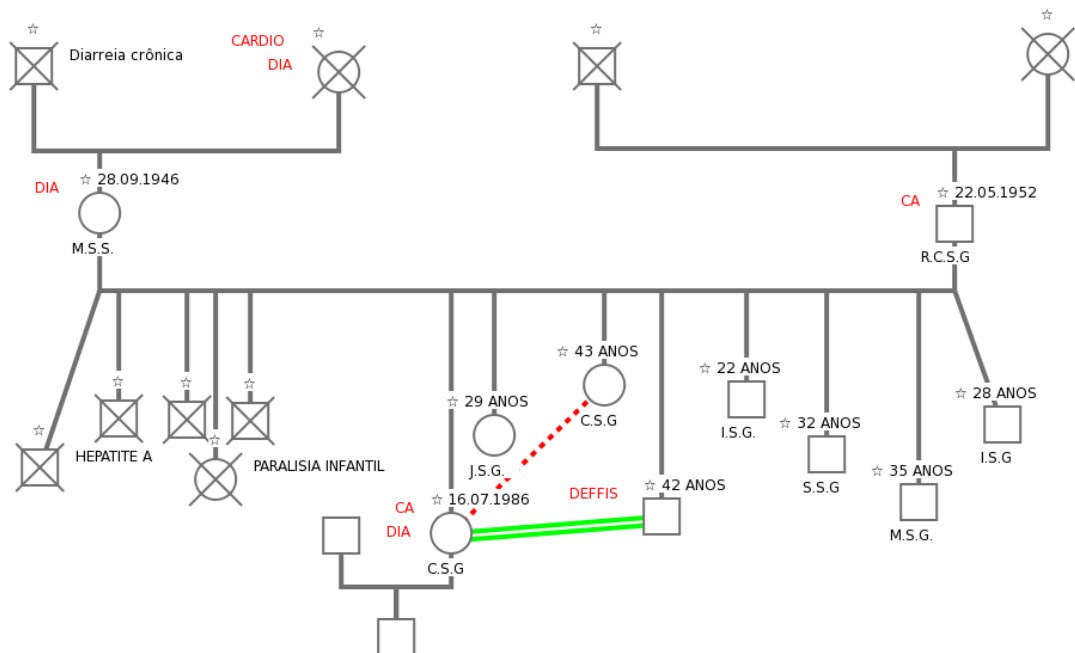


Figura 1. Genograma familiar

Devido ao quadro de hiperglicemia importante apresentando vertigem no momento da consulta, a mesma é encaminhada ao Pronto-Socorro (PS) da localidade para correção da glicemia. Oriento a mesma a retornar no dia seguinte para reavaliação e prosseguimento do cuidado.

O diagnóstico inicial da paciente foi diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que se caracteriza pela combinação de resistência à insulina e a insuficiência da célula beta em sustentar adequadamente a secreção desse hormônio. No caso dos jovens com DM2, bem como nos adultos, tanto há comprometimento da sensibilidade insulínica quanto da função da célula beta, além de aumento da produção da glicose hepática (DIRETRIZ, 2016).

25/04/2016

Idade: 29 anos;

PA: 120x80

Peso: 48,500kg;

Glicemia Capilar: 563 mg/dl

Altura: 1,65cm

A paciente retorna somente no dia 25 de abril para atendimento ambulatorial na UBS referindo que não recebeu atendimento no PS, visto que não havia insulina no local, e não foi orientada a procurar outro

estabelecimento para atendimento. Relata que vem fazendo uso irregular da medicação, pois passou alguns meses sem atendimento e não conseguia receber a medicação, pois a receita estava vencida. A mesma refere um quadro de artralgia intensa em pé direito com dificuldades para deambular.

Ao exame físico: REG, emagrecida, eupneica, acianótica, anictérica, afebril, hipocorada (+/4+), hidratada.

AP: MV+, s/ RA;

ACV: RCR em 2t, BNF s/ sopro.

Abdômen: plano, flácido, indolor, sem visceromegalias com RHA +.

Pele: Presença de xantomas disseminados por todo corpo.

Pé D: Presença de tumor aderido, indolor, sem flogose local ou ulcerações.

Exames do dia **19/04/2016** (colhidos em uma emergência) – hb: 15,1 / ht: 45%;
Leuco: 4.960 / Neut.: 3.149 /Linf.: 1.220 / VHS: 33 / PCR: 0,1.

Conduta: 1. Aumento dose de metformina e glibenclamida;

2. Solicito bioquímica + rx do pé D+ ao cirurgião para realização de avaliação com biópsia.

3. Estabeleço as orientações dietéticas e cuidados dos pés para evitar úlceras.

30/05/2016

Idade: 29 anos;

Altura: 1,65cm

Peso: 51kg;

PA: 120x70

Glicemia Capilar: Não foi dosada por falta de fita do glicosímetro.

Paciente retorna com resultados de exames colhidos no dia 18/05/2016.

hb: 15,1	Ur.: 24	Glic.:380	PCR: não reagente
ht: 42%	Cr: 0,3	HbA1c: 13,3%	TGO:19
Leuco: 4.960	CT: 475	EAS: +++(glicose)	TGP: ---
Neut.: 3.149	TAG: 5.387	FAL: 115	
Linf.: 1.220	HDL: 173	GGT: 49	
VHS: 95	LDL: Soro lipêmico	Ac.Ur: 14	

Conduta: 1. Início Ciprofibrato;

2. Início Insulina NPH – manhã e Bedtime;

3. Suspendo metformina e reduzo a dose da glibenclamida;
4. Reforço a orientação dietética;
5. Retorno com 1 mês.

Cabe salientar que o início da insulina basal, visou reduzir os níveis glicêmicos e a hemoglobina glicada (HbA1c), observando que a paciente não conseguia manter seus níveis abaixo dos 10% de HbA1c. De acordo com a Diretriz (2016) se há falha terapêutica em doses máximas do antidiabéticos orais, logo teremos que introduzir a insulinização basal, pois esta vinha aumentando seus fatores de risco cardiovasculares com piora dos sintomas diabetogênicos e hipertrigliceridemia extremamente elevados. Em consonância com a ADA (2014) é fundamental no seguimento de um paciente portador de DM2 um bom controle pressórico, controle da lipidemia, com meta LDL-c >100 ou >70 se associado a outros fatores de risco.

No dia **14/06/2016**, pergunto a Agente Comunitária em Saúde (ACS) que acompanha a área da paciente C.S.G, o motivo do não retorno para acompanhamento do seu quadro, visto que iniciamos o tratamento com insulina. Esta me informa que a paciente encontra-se com piora do quadro de artralgia em pé E, impossibilitada de deambular. Oriento a ACS a agendar uma visita domiciliar para averiguarmos melhor a situação.

No dia **16/06/2016**, realizamos uma visita domiciliar a paciente para ver como estava a aceitação da insulina e avaliar o membro comprometido. C.S.G relata que após o início das medicações observou melhora importante da glicemia e que metade dos xantomas já haviam sumido. Refere que vem seguindo dieta conforme orientado, e que este fator tem sido importante para seu ganho de peso. Na semana anterior a visita, C.S.G foi ao PS em decorrência de quadro de dor intensa em MIE, apresentando aumento significativo em tumor.

Ao exame: REG, consumida, eupneica, acianótica, anictérica, corada, afebril.

MIE: Tumor sólido, fixo, doloroso. Realizou radiografia do pé, onde foram observadas lesões com destruição óssea, semelhantes ao quadro de osteomielite. Realizou biópsia que foi encaminhada para anatomopatológico.

Resultado da biópsia: Osteomielite crônica (infiltrado inflamatório com exsudato fibrinopurulento).



Figura 2: tumoração no início da investigação

Conduta: 1. Início tratamento com antibiótico e encaminhamento paciente para serviço de urgência para avaliação da necessidade de internamento, visto que há destruição presente e, para avaliação dos possíveis diagnósticos diferenciais e, a realização de procedimento cirúrgico, pois a lesão mostrou-se suspeita devido às grandes áreas líticas. Esta compareceu ao serviço de urgência que não quis realizar o procedimento, pois a mesma é diabética ainda em fase de controle, e de acordo com a paciente, a lesão deveria permanecer em investigação. Contudo, um mês depois, a paciente evoluiu gradativamente com piora do quadro, sendo encaminhada com uma solicitação de avaliação mais minuciosa, pois o serviço ainda não tinha marcado sua consulta com cirurgião, e dada a piora do quadro, no dia 20/09/2016 foi submetida ao procedimento cirúrgico.

Geralmente os casos de infecções ósseas e de partes moles, que ocorrem em pacientes portadores de diabetes pode se dar por três vias: a hematogênica, por contiguidade através de um foco infeccioso ou por ferida penetrante (DIRETRIZ, 2016). Se faz mister relatar que a tumoração inicial da paciente não apresentava foco de infecção, com a pele íntegra e em boas condições de higiene.

Durante os meses seguintes, a ACS responsável pela família, realizou o controle da glicemia da paciente para observar se a dosagem da insulina estava adequada para reduzir os níveis de glicose e observar se as mudanças no estilo de vida estavam sendo instituídas. De acordo com a ACS, a insulina estava sendo aplicada, mas a paciente é extremamente resistente as

MEV. Encaminhei paciente para acompanhamento com endocrinologista para possíveis ajustes das medicações.

Em 11/01/2017, foi realizada visita domiciliar para reavaliação da paciente, pois a mesma havia se ausentado da UBS por mais de três meses, e não era encontrada em sua casa na busca ativa. Neste dia, encontro paciente apresentando um melhor controle glicêmico (GC: 170 mg/ml), relatando que apresentou novo crescimento tumoral em membro inferior direito, retornando novamente ao hospital que realizou outra cirurgia para retirada de material para biópsia, sendo desta vez, feito o diagnóstico de fibrossarcoma do adulto, G2 histológico, medindo 8,5cm do maior eixo, sem invasão vascular e perineural, com invasão de musculatura esquelética e tecido ósseo, com estadiamento do tumor: pT2x pNx pMx.



Figura 3: Tumoração no momento atual em fase de QT neoadjuvante.

Segue abaixo os exames realizados para triagem no serviço de oncologia e mapa dos exames laboratoriais coletados até o momento:

DATA	29/04/2016	18/05/2016	25/05/2016	28/12/2016	09/01/2017	01/02/2017	22/03/2017	12/04/2017
Hb	15	15	15,1	15,1	15,3	10,8	12	13,6
Ht	45	42	41,6	43,5	44,3	32	34,4	40%
Leuco	4.960	3.360	5.280	3.975	4.319	5.567	2.321	2.798
Neut.	3.149	2.026	3.168	2.554	1.147	4.453	1346	1426
Linf	1.220	962	1.689	958	619	559	674	1122
Eos	---	---	---	79	98	55	69	83
PLT	167.000	172.000	171.000	147.500	192.800	163.000	401.100	306.100
Glic		380	351	411	294	211	336	159
HBA1c		13,3%	---					
CT		475	562		1.614	203	564	214
TAG		5.387	4.764		1.116	488	3270	952
HDL		173	42		52	24	180	44
LDL		Soro	Soro			81	270	

		Lipêmico	Lipêmico					
Cr		0,3	0,4	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6
Ur		24	21	26	27	17	26	39
TGO		--	36		40	21	22	28
TGP		19	38		72	19	30	41
Ac. Úr.		14,6			4,7			
VHS	33	95	74	36				
PCR	0,1	Não reagente	0,5	1,2			3,37	
FAL		115	119	143	131			
GGT		49	67					
Na		128	139	133	135	141	127	136
K		4,5	4,5	4,5	3,9	3,8	4,0	4,0
Mg		3,0	2,3		2,0	1,7	2,1	1,4
P		3,6	4,7	3,8				
Ca		9,2	9,3	10	9,1	8,6	9,7	8,7
LDH			199	209	219		276	160

- TC DE TÓRAX (30/01/2017) – Nódulo calcificado no lobo inferior direito (granuloma);
- Achado adicional de lesões osteolíticas na cabeça umeral bilateral e diminutos focos osteodensos em corpos vertebrais dorsais, esterno e escápula direita, correlacionar com estudo específico.
- Esteatose hepática e calcificações na adrenal esquerda, na porção visibilizada do abdome superior.
- Cintilografia óssea (16/02/2017) – cintilografia óssea trifásica revelando importante hiperfluxo e hiperemia em topografia de pé direito, entretanto não apresenta atividade osteogênica significativa no mesmo em pé direito que sugira comprometimento ósseo subjacente. (Tumor de partes moles / processo inflamatório / infeccioso de partes moles). As áreas hipercaptantes acima descritas sugerem processos osteoarticulares.

A paciente continua em tratamento até o presente momento com quimioterapia com posterior programação de amputação do pé acometido. Visa-se continuar com o estudo do caso, bem como estabelecer uma diferenciação entre um caso de Diabetes Mellitus tipo 2, ou se estamos tratando de um caso de Diabetes autoimune (aguardando exames). Pretendo também publicar o caso clínico em forma de artigo.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Em março de 2016 iniciei minhas atividades na UBS O-43 cheia de expectativas com relação ao trabalho que estava por vir, pois minha prática em saúde da família era restrita apenas as práticas obtidas na Instituição a qual me formei. Quando comecei na unidade, ainda trazia comigo a visão hospitalocêntrica que nos é ensinada na universidade. Deparei-me com o primeiro desafio: como lidar com a população que não era carente apenas de consultas médicas, mas que vinha a unidade buscar respostas para suas questões sociais e em como manter certo nível de saúde buscando qualidade de vida, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas em seus cotidianos?

O primeiro dilema que apareceu na unidade foi: Renovação da receita. Observo através das queixas de muitos colegas, que o hábito da renovação da receita sem agendamento da consulta é uma constante, corroborada pela equipe de saúde, que leva a queixa ao profissional médico como se este fosse um dever para com a comunidade, e o ato da não renovação um desrespeito com o comunitário. Antes que isto se tornasse novamente um costume, modifiquei as regras, a receita só seria renovada após o paciente passar pelo primeiro atendimento médico, para que este paciente fosse novamente acolhido e de fato recebesse atendimento médico para o devido acompanhamento.

O primeiro passo foi organizar os grupos atendidos na UBS, principalmente os hipertensos e diabéticos e as gestantes que faziam Pré-Natal na unidade, pois estavam sendo atendidas apenas pela enfermeira do local. No início eram atendidas 10 gestantes no turno matutino, contudo o acolhimento não era adequado, pois a consulta do pré-natal demanda tempo e atenção, logo acabamos por diminuir a quantidade de vagas sem que isso interferisse no atendimento. As gestantes passaram a fazer parte de um grupo “a roda de conversa: MEU MOMENTO”, no qual estas tiravam suas dúvidas e são orientadas quanto aos principais sinais de alarme. Outro ganho da equipe foi a possibilidade de realizarmos a triagem sorológica na própria UBS, pois muitas gestantes não conseguiam realizar este exame, devido a demora para marcar o exame pelo Sistema de Regulação do município (SISREG), e outras vezes,

estas não tinham condições financeiras para o deslocamento até o local da coleta.

Já com a puericultura o foco estava em ensinar técnicas de amamentação adequada para evitar possíveis erros e abandono do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses, pois a queixa de muitas mães é o que “o bebê chora muito”, “meu leite é fraco”, mitos que tentamos desmistificar desde o início no pré-natal, na roda de conversa e no próprio atendimento em cada consulta. Realizamos, a médica ou a enfermeira, a primeira visita domiciliar aos 10 dias e já estabelecemos as próximas visitas, com intervalo de pelo menos 2 meses, para se garantir o devido acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de cada criança atendida, bem como “fiscalizar” se a vacinação está sendo feita de forma adequada.

Os hipertensos e diabéticos sempre foram o meu foco enquanto médica, pois eram estes pacientes que mais apresentavam complicações, por diversos fatores, tais como: pouca adesão da medicação, absenteísmo na consulta, pouca aceitação das orientações dietéticas, não realizavam nenhuma atividade física, e a pior situação, pacientes sintomáticos que chegavam ao posto de saúde com a doença em estágio avançado ou após as complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Conforme evidenciado pela OPAS (2003), as doenças cardiovasculares (DCV) estão no topo das principais causas mais frequente de mortalidade e morbidade no âmbito mundial. Anualmente, acidentes vasculares encefálicos, hipertensão e outras cardiopatias somam milhões de óbitos a população mundial. Dado esse fator, nenhum hipertenso ou diabético passaria a ter sua receita renovada se não passasse pelo primeiro atendimento e não tivesse uma avaliação inicial mais detalhada.

Um grande avanço ao cuidado do portador de doença crônica foi a implantação do Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes e a implantação do HiperDia, visto que estes fazem parte de uma política pública que busca ampliar o conhecimento e a magnitude dessas doenças, capacitar o profissional que atende este grupo, bem como fornecer subsídios para a melhor adesão dos tratamento instituído graças a disponibilização dos medicamentos pela rede pública (OPAS, 2004).

Outro fator relevante é a elevação da educação em saúde a um patamar conceitual, onde esta se vincula a promoção em saúde como uma forma de complemento a outra, tornando estas um conceito essencial a prática em saúde (WEARE, 2002).

No início, a principal queixa era: “quero renovar minha receita”, ninguém se atentava para a própria saúde, e a grande maioria não tinha noção dos transtornos que a doença poderia causar. Muitos pacientes procuravam atendimento em outros serviços, pois queriam a renovação, já que possuíam seu diagnóstico, e apenas “*era necessário*” continuar com a medicação. Outros entendiam, mesmo que contrariados e, compareciam a consulta, que na maioria das vezes, encontrávamos uma pressão arterial descompensada e um glicemia capilar tão alta que era impossível ler no glicosímetro, visto que as Modificações de Estilo de Vida (MEV) não faziam parte do seu cotidiano.

Evidências corroboram esta ideia, pois considera-se que a mudanças no estilo de vida tendo em vista o controle de fatores de risco modificáveis, tais como manter uma alimentação adequada, tratamento adequado das dislipidemias, prática de atividade física, cessação do tabagismo, controle da pressão arterial são a base do tratamento das doenças cardiovasculares, e estes fatores são transformados com base em um boa educação em saúde, a qual se traduz em promoção e prevenção no intuito de favorecer mais qualidade de vida ao usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

4. VISITA DOMICILIAR

No começo das minhas atividades na UBSF O-43, havia pacientes acamados ou os que possuíam dificuldades para locomoção, necessitando de atendimento com certa urgência, foram a prioridade na minha chegada a UBS. Saliento que os pacientes da área não recebiam atendimento médico domiciliar com a médica anterior, pois a mesma possuía uma doença de pele que a impossibilitava de realizar tal atividade. Quando iniciei as visitas, muitos pacientes ficaram surpresos com nossa presença, e a demanda que antes era inexistente, triplicou, sendo necessário iniciar com um processo de triagem da real necessidade, pois a maioria dos pacientes que queriam visita tinham condições de locomoção e poderiam se dirigir a unidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a definição de Assistência Domiciliar é baseada no suprimento de serviços de saúde, ofertado por uma equipe de prestadores formais e informais que objetiva a promoção, por prestadores formais e informais com o objetivo de promover e manter o conforto, a funcionalidade e a o bem estar das pessoas a um nível elevado, incluso cuidados para uma morte mais digna. Este serviço de assistência domiciliar é classificado por categorias: prevenção, terapêutica, reabilitação, acompanhamento em longo prazo e cuidados paliativos.

Existem muitos idosos na área que sofrem de doenças crônicas, mas não possuem o acompanhamento domiciliar de nenhum cuidador, e aqueles que moram com seus filhos, não tem o devido cuidado, pois estes se encontram voltados para suas atividades diárias. Um caso ocorrido na minha área, que exemplifica bem a falta de cuidado com os idosos, foi de uma paciente de 85 anos, portadora de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), que morava com o filho, a nora e um neto. A nora permanecia na casa com a idosa, mas não auxiliava em seu cuidado, pois em todas as visitas realizadas, a paciente encontrava-se sem ter se alimentado, não tomava as medicações para HAS, estando debilitada, enquanto sua cuidadora permanecia em seu dormitório até próximo ao horário do almoço, oferecendo a alimentação da paciente somente neste horário. A idosa não era acamada, mas tinha dificuldades de realizar as atividades da casa, pois sentia cansaço com frequência. Acionamos a assistente social, que conseguiu um contato com uma

neta que se prontificou em dar mais assistência. Contudo, a neta morava muito longe do local da casa da avó fazendo visitas a cada 15 dias. Tive que fazer denúncia por maus tratos, pois a paciente ficou extremamente debilitada após contrair pneumonia, cuja medicação não foi ofertada adequadamente, vindo a paciente a falecer três meses após o início dos sintomas por complicações cardiopulmonares.

Este caso nos mostra que devemos nos manter atentos ao conjunto de ações que são preconizadas pelo SUS, pois mesmo com a família negligenciando esta paciente, nosso papel é sempre buscar ao máximo a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, procurando sempre envolver a família no processo saúde-doença, mesmo em casos como o citado acima, pois é objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2011).

Desde esse caso, sempre procuramos entrar em contato com os cuidadores para estabelecer proximidade, dar as devidas orientações e oferecer o suporte necessário. Aqueles que não cuidam de fato, são assistidos pelo serviço social e notificados quando for o caso.

Muitas visitas domiciliares são canceladas, devido o nível de periculosidade do local ou das condições de acesso a estes, pois vivemos em uma área onde o tráfico de drogas é muito intenso, e frequentemente perdemos comunitários em decorrência dos casos de homicídios, que são comuns na área. Não existe transporte para realizar as visitas, e sempre que vamos para área, médica e ACS, temos que fazer o trajeto a pé, e em épocas de chuva, os locais onde tem casas de palafita, se tornam intransitáveis, ocorrendo poucas visitas no primeiro semestre do ano.

Ohara (2008) nos fala que precisamos ter um foco quando se trata de visita domiciliar, pois isto irá nos auxiliar no momento em que vamos definir os pacientes que mais necessitam de atendimento. O autor elenca alguns pontos importantes: Identificar os principais fatores de risco no âmbito individual e familiar; Promover ações de promoção à saúde, estimulando a mudança de estilo de vida (MEV); Organizar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares; Intervir precocemente no

progresso para complicações e internações hospitalares. Estes são apenas alguns dos fatores, que precisam ser elencados de acordo com a realidade local.

A maioria dos pacientes atendidos em visita domiciliar são pacientes portadores de HAS e Diabetes, que possuem complicações da doença pelo tratamento inadequado ou aqueles que já se encontram acamados. Os procedimentos mais comuns são aferição da pressão, medida da glicemia, rastreamento para neuropatia diabética e orientações quanto às mudanças de decúbito dos pacientes acamados e os cuidados com escaras. A maioria dos pacientes não faz o uso adequado da medicação, sendo frequentemente encontradas diversas medicações com data de validade vencida, bem como uma alimentação irregular, pois alegam não ter condições de “*comprar dieta*” (mesmo tendo recebido orientações quanto aos alimentos da época e que são mais baratos, feitos por mim a cada trimestre na unidade). De todos os fatores observados, a mudança no estilo de vida dos pacientes e a pouca adesão ao tratamento é o que mais trazem dificuldades para o bom controle da pressão e da glicemia, trazendo diversas complicações inerentes à doença.

Dentre as dificuldades encontradas na rede municipal, a marcação de consultas ao serviço especializado, tanto os que são atendidos no domicílio quanto os que recebem atendimento na UBS, são extremamente demoradas, com média de espera de até seis meses para algumas especialidades, pois estas requerem marcação pelo sistema de regulação do município (SISREG), sendo limitados a um número ínfimo para uma grande demanda. Procuo encaminhar um menor número de clientes para a referência, apenas os casos em que não conseguimos estabelecer um diagnóstico na atenção primária devido aos poucos recursos (principalmente os exames de alta complexidade) que não são disponibilizados na atenção primária.

Ainda observamos na área que os pacientes atendidos pela atenção primária também tem uma visão muito hospitalocêntrica, pois quadros de infecções virais ou quadros descompensados de DM e HAS que deveriam ser atendidos pela equipe da UBS, não chegam até aqui, pois a maioria procura o pronto atendimento, pois desejam cuidados imediatos, mas não procuram posteriormente investigar a causa, ou fazer o devido acompanhamento com a base primária.

Outro fator que é um obstáculo para o seguimento dos casos crônicos são aqueles em que precisamos de exames laboratoriais, pois os pacientes que estão em regime de visita domiciliar, não possuem condições de realizar a coleta fora do seu domicílio, e até o momento não disponibilizamos de um serviço efetivo de coleta domiciliar.

Enfim, o processo de visita domiciliar é árduo, perigoso e extenuante, mas ao mesmo tempo gratificante. Cada casa em que passamos, na maior parte, somos bem recepcionados, esperados, pois a população é muito carente de cuidados, sejam eles de saúde, alimentar ou social, e a nossa visita traz um pouco de alento e uma visão de que eles não estão esquecidos. Mas realizar visitas domiciliares em alguns lugares onde se tem que pedir autorização para entrar (do chefe do tráfico local), onde o cuidado deve ser redobrado por riscos a segurança da equipe, enfrentar o sol quente que beira os 40º graus em Manaus, observar a poluição que está nos igarapés, arremessado pelos próprios moradores com um odor fétido que beira o insuportável, subir ladeiras sem o devido transporte, e o fazemos por saber da necessidade deste povo.

A atenção primária veio para revolucionar o serviço de saúde oferecido aos comunitários, trazendo um cuidado mais próximo, acolhendo, permitindo acesso aos serviços de saúde tentando primar pelos princípios do SUS de igualdade, equidade e universalidade, mas não podemos deixar de lembrar, que o mesmo sistema que dá acesso, fecha outras portas na longa espera pela marcação de exames, e pelo longo período para se obter apoio da referência.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Desde o princípio, quando entrei na UBSF O-43, sentia que não deveria me render ao sistema, um fator tão complicador para a estase da saúde, pois os obstáculos enfrentados pelo sistema desanimam e fazem com que o serviço seja “abandonado”. No início, devido à falta de médico no serviço há mais ou menos nove meses (entrei na UBS em março de 2016), e dada a minha inexperiência em atenção básica, fui me encaminhando pelo caminho incorreto: atender o máximo possível, para assim “fazer bem o meu trabalho”. Com o tempo fui percebendo que não adianta atender sem uma meta, pois os problemas iriam se repetir se eu não começasse a entender a realidade local, buscasse ações de promoção e prevenção em saúde e “organizasse a casa”.

A especialização veio em excelente hora, pois a agenda não tinha um bom formato, a triagem era deficitária, o serviço estava desorganizado. Primeiramente a agenda que antes era organizada por grupos, passou a ter um conceito mais aberto, pois se decidiu em equipe que não havia necessidade de se organizar desta forma, exceto o dia do pré-natal que foi mantido devido à peculiaridade das consultas. Deixamos as manhãs para atendimento clínico geral, sendo 14 vagas para demanda agendada, 4 vagas para encaixe de pacientes que necessitavam de atendimento continuado, e 2 vagas para demanda espontânea. No período da tarde, conseguimos manter para a visita domiciliar, atividade primária em saúde, pré-natal e saúde do idoso com enfoque no atendimento individualizado deste idoso, estabelecendo critérios e orientações para fatores de risco cardiovascular. Esta organização possibilitou-me oferecer mais espaço na agenda àqueles grupos que mereciam um cuidado mais personalizado e mais aberto às demandas vindas dos grupos de risco.

Um fator que deixa a desejar na localidade é a falta de acompanhamento multidisciplinar de um NASF, temos diversos centros de referências ao redor, mas nenhuma que possa ser utilizado como acompanhamento de uma equipe com diversos profissionais da saúde. O NASF de Manaus fica demasiado distante da zona oeste da cidade.

Outra questão que no início era negligenciada em meu trabalho eram as notificações e o registro das atividades no e-sus, não por falta de conhecimento deste registro, mas pela falta de informação da importância destes dois registros. A partir do momento em que passei a registrar as informações e comecei a notificar, percebi qual público fazia mais uso da unidade, as demandas principais que surgiam e quais as ações de promoção e prevenção deveriam ser enfatizadas em minha prática diária, bem como os principais agravos que deveriam ser notificados e assistidos.

Outra mudança em minha conduta foi a forma como os registros clínicos passaram a ser redigidos, as histórias estavam sendo mais bem organizadas graças a aplicação do método SOAP, que primariamente imaginei ser um fator a mais de trabalho, mas se tornou uma ótima ferramenta de construção do raciocínio clínico e melhor elaboração da conduta.

Um ganho a nosso favor foi que conseguimos através desta organização da agenda, das ações em saúde, bem como do conhecimento mais detalhado da epidemiologia local, promover grupos e encontros na UBS e através do Programa Saúde na Escola.

Este programa tem se tornado um bom aliado as práticas educativas pertinentes a questões direcionadas a situações de violência tão socialmente difundida na região. Dentro da escola encontramos os diversos tipos de questões com a qual precisamos lidar: tráfico de drogas e seus usuários, prostituição, violência doméstica, gravidez na adolescência, pois não é incomum as jovens da escola fazerem parte do grupo de pré-natal da O-43. Tentamos através dessas ações, levar um pouco de promoção de saúde física/orgânica, mental e social a estes jovens, pois saúde não é apenas tratar de doença, mas também entender que o indivíduo faz parte de um todo, e que as ações que são realizadas com os jovens hoje trazem benefícios no âmbito familiar, comunitário e em sociedade.

Não obstante, não posso deixar de salientar que as maiores estratégias de promoção dentro do local ao qual me incluo, são feitas dentre os idosos e jovens que fazem parte de um contexto de doenças crônicas, reflexo de uma sociedade que não sabe se alimentar, que busca a facilidade na

conquista de suas metas, que não percebe que o idoso de hoje, foi um jovem que não teve a capacidade de cuidar da própria saúde. Observo diversas mães com erro alimentar em seus filhos, que ainda tem a visão de que “seu leite é fraco”, não percebendo que o Aleitamento Materno Exclusivo é uma das mais importantes ações para prevenção de doenças.

Destarte, somos levados a crer e observar uma sociedade que vem se tornando alheia a sua própria saúde, onde a responsabilização da cronicidade de suas doenças recai sobre o governo, sobre os profissionais de saúde, mas esquecem de se responsabilizar e de se tornarem protagonistas de seu crescimento. Saúde é muito mais que uma prescrição médica, é atentar-se também para os estudos, para a vida sexual de forma segura, para o conhecimento do corpo e suas limitações, além do cuidado posterior quando descobrem um agravo de saúde.

Muitas vezes o profissional de saúde se sente impotente sem conseguir evitar um AVC ou IAM, ou quando perde um jovem para a criminalidade ou para prostituição. Na atenção básica todos esses fatores são vivenciados diariamente, muitos vezes o terror da vulnerabilidade social é o que mais assusta, mas é nosso papel estar presente no orientar, no cuidar e no ato de sensibilizar. Se estamos no caminho certo, não sei, mas cabe àqueles que têm esse papel tão importante não se deixar embrutecer devido aos percalços que são encontrados, mas responder a isto sempre com mais humanidade, pois como já dizia José Dadrino, mais conhecido como Profeta Gentileza, “gentileza gera gentileza”.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association (ADA). "Standards of medical care in diabetes— 2014." *Diabetes Care* 37.Supplement 1 (2014): S14-S80.
2. BRASIL. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde. LOPES, José Mauro Ceratti. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
4. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus. Ver. *Saúde Pública*, v.35, n.6, p. 585-588, 2001. Informes Técnicos Institucionais.
6. Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2003.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2004.
9. WEARE, Katherine. The contribution of education to health promotion In, Bunton, Robin and Macdonald, Gordon(eds.) *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments, 2/e*. London, UK, Routledge, 2002. pp. 102-125.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

ANNA SUELLEN SALAZAR PEDROSA

LEVANTAMENTO DA ESTRATIFICICAÇÃO DE RISCO DOS USUÁRIOS
DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE O-43.

**MANAUS - AM
OUTUBRO / 2016**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Problema.....	5
3. Justificativa.....	5
4. Objetivos	
4.1 Objetivo geral.....	6
4.2 Objetivos específicos.....	6
5. Revisão de Literatura	
5.1 . Diabetes Mellitus e Complicações cardiovasculares.....	7
6. Metodologia.....	11
7. Cronograma.....	12
8. Recursos necessários.....	13
9. Resultados esperados.....	13
10. Referências Bibliográficas.....	14
11. Anexos.....	

1. INTRODUÇÃO

A longevidade vem se tornando cada vez mais frequente dentre a população de países ainda considerados em desenvolvimento associado a maior urbanização, a progressiva prevalência de obesidade, o sedentarismo e estilos de vida inadequados são grandes fatores de risco que trazem consigo doenças crônicas que requerem mudança no estilo de vida e controle intensificado para um bom resultado final. (WHO, 2002).

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, no ano de 2013, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade mencionaram ter recebido o diagnóstico clínico de diabetes, e destes, 7,0% eram mulheres e 5,4% homens. Já com relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Cabe salientar, que o Censo do IBGE 2010 divulgou que no Brasil 12.054.827 são portadores da doença, e que no estado do Amazonas do montante total, entre as pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico médico de diabetes chega a **4,6%**. (IBGE, 2014).

Quando se fala em diabetes não são levados em consideração apenas os custos econômicos que acometem a família e a sociedade, mas existem os custos que comprometem a qualidade de vida, como a dor, ansiedade, inconveniência de perder de certa forma a independência física quando acometido por complicações da doença.

Outras condições que por vezes se atrelam ao DM, como a obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, requerem intervenções devem abarquem essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir a piora do diabetes, evitaria também doenças cardiovasculares e reduziria a mortalidade.

Deste modo, no intuito de promover a educação em saúde, propõe-se quantificar o predomínio atual de Diabetes Mellitus (DM) na zona oeste, bairro compensa 2, no intuito de estratificar o risco cardiovascular dos

moradores deste bairro que possuem a doença, visando auxiliar o planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde, voltadas para redução dos casos de complicações cardiovasculares associadas a comorbidade diabética.

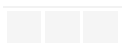
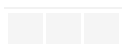
2. PROBLEMA

Como estabelecer os reais fatores de risco da população adstrita a Unidade Básica de Saúde O43 correlacionados ao Diabetes Mellitus e de que forma a estratificação de risco pode auxiliar na redução dos eventos cardiovasculares através do posterior planejamento de ações em saúde?

3. JUSTIFICATIVA

De acordo com o último Censo de 2010 a população da compensa, bairro da zona oeste de Manaus, local onde funciona a UBS O-43, possui aproximadamente 80.000 habitantes, sendo deste, sua maioria, de mulheres, 37.748. A população com mais de 15 anos corresponde a 72% do total, o equivalente a 55000 habitantes.

Os pacientes acima de 64 anos, correspondem a 3261 habitantes, cuja população será estudada, abrangendo apenas a segunda parte da compensa, mais conhecida como compensa II.



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

- Realizar um levantamento dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) adscritos na área de abrangência da UBS 043 na zona oeste da cidade de Manaus, bem como identificar o risco cardiovascular nesses pacientes com base no escore UKPDS.

4.2. Objetivos específicos

- Aplicar o questionário do Escore UKPDS nos pacientes já diagnosticados com DM tipo 2;
- Estratificar o risco cardiovascular dos pacientes com DM tipo 2 com base no questionário do Escore UKPDS;
- Identificar os principais fatores de risco que mais prevalecem na população estudada;
- Nortear metas de diminuição dos riscos cardiovasculares nos DM tipo 2 da UBS 043.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Diabetes Mellitus e Complicações cardiovasculares.

No Brasil, o DM acomete em sua maioria as mulheres (8,8%), que são associados a comorbidades, tais como excesso de peso que afeta 54,2% dos brasileiros, a obesidade 20,1% e a inatividade física 27,2%. O DM acarreta na morte de 72.200 brasileiros com faixa etária superior a 30 anos e representa 6% de todas as mortes. O excesso de glicose no sangue é responsável por mais 106.600 mortes por ano no Brasil (CENSO, 2010).

A presença de Diabetes Mellitus (DM) é um fator de risco importante para doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica (DVP) e insuficiência cardíaca, que são as principais causas de morte nesses pacientes. O risco relativo para doença cardiovascular (DCV) aumenta de duas a quatro vezes nos pacientes com DM comparados à população em geral.

Esses pacientes apresentam comumente associação de fatores de risco cardiovasculares: hipertensão arterial sistêmica, valores baixos de HDL séricos, microalbuminúria, e doença renal, aumento do índice de massa corpórea (IMC) e da relação cintura quadril (Scheffel, 2004).

Cabe salientar que o maior risco de doença cardiovascular, aqueles indivíduos portadores de diabetes e doença cardiovascular tem pior prognóstico, com menor sobrevida, maior risco de agravamento da doença e resposta ruim aos tratamentos instituídos.

Dado esse fator, o rastreamento entre os profissionais de saúde se faz mister, na medida que as doença cardiovasculares e suas manifestações clínicas iniciais, auxiliam na prevenção destas complicações ou/e ajudam a minimizar os futuros danos causados por essas comorbidades.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde será aplicado o questionário Escore UKPDS para classificação do risco cardiovascular em pacientes portadores de diabetes tipo II que estão adstritos à unidade básica de saúde O-43, servindo de base para a avaliação do acompanhamento dos pacientes, de modo a estabelecer os fatores de agravamento da condição crônica e quais os riscos mais prevalentes, tais como: nefropatia, retinopias ou outras complicações macrovasculares.

A fundamentação deste trabalho foi baseada em uma revisão da literatura sobre a temática, risco cardiovascular, em manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos extraídos do scielo, pubmed e lilacs. Os descritores utilizados foram: estratificação de risco, diabetes, assistência à saúde.

Com base nisso, estabeleceremos metas de peso, correções da glicemia e das comorbidades associadas, acompanhamento individualizado buscando melhorar o estrato de risco do paciente, e estimular a adesão ao tratamento.

7. Cronograma

Procedimento	out	nov	dez	jan	fev	Mar
Busca das informações para elaboração do Projeto.	X	X				
Elaboração do Projeto e Aplicação do Questionário de Escore UKPDS para Classificação do Risco Cardiovascular em Diabéticos Tipo II.			X	X		
Interpretação dos dados colhidos na área da UBS O43.				X	X	
Escrita do Artigo Final resultante dos dados colhidos.				X	X	X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Esfignomanômetro DIGITAL;
- Requisição de exames laboratoriais;
- Caneta;
- Escore UKPDS para Classificação do Risco Cardiovascular em Diabéticos Tipo II
- Listas com pacientes estratificados através do levantamento do quantitativo de diabéticos adstritos a UBS O43 na cidade de Manaus;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;

9. RESULTADOS ESPERADOS

- Estratificar os pacientes atendidos na UBS O43 no intuito de promover ações de mudança nos riscos cardiovasculares;
- Estabelecer uma ação de prevenção primária do DM2 baseada em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver complicações em decorrência do diabetes;
- Acompanhar após o levantamento dos dados um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco;
- Constituir metas para melhorar a condição de vida com mais qualidade e saúde para o paciente;
- Buscar mais adeptos ao tratamento, avaliando o nível glicêmico dos pacientes;

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneve: WHO, 2002.
2. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.
3. Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS, Costa LA, Canani LH, Santos KG, et al. Prevalence of micro and macroangiopathic chronic complications and their risk factors in the care of out patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(3):263-7.
4. Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Cardiac risk profile in diabetes mellitus and impaired fasting glucose. *Rev Saude Publica.* 2004;38(4):529-36.

11. ANEXOS

QUADRO 2.3
ESCORE UKPDS PARA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM DIABÉTICOS TIPO II

PASSO 1- IDADE EM HOMEM		PASSO 1 – IDADE EM MULHER	
IDADE (ANOS)	PONTUAÇÃO	IDADE (ANOS)	PONTUAÇÃO
<60	6	<60	0
60–74	20	60–74	9
≥75	21	≥75	22

PASSO 2 – DURAÇÃO DA DIABETES (ANOS)		PASSO 3 – TABAGISMO	
DURAÇÃO DA DIABETES (ANOS)	PONTUAÇÃO	STATUS DO TABAGISMO	PONTUAÇÃO
<5	0	NUNCA FUMOU	0
5-9	2	EX-FUMANTE	0
≥10	5	FUMANT	2

PASSO 4 – HEMOGLOBINA GLICOSILADA		PASSO 5 – PRESSÃO SISTÓLICA	
HbA1C (%)	PONTUAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PONTUAÇÃO
<7	0	<120	0
7-7,9	2	120-139	1
≥8	6	≥140	4

PASSO 6 – COLESTEROL TOTAL / HDL		PASSO 7 – MICROALBUMINÚRIA	
COLESTEROL TOTAL / HDL	PONTUAÇÃO	MICROALBUMINÚRIA (µg/min)	PONTUAÇÃO
<4	0	<30	0
4-5,9	6	≥30	1
≥6	10		

PASSO 8 - SOMAR OS PONTOS								
IDADE	+	DURAÇÃO DM	+	TABAGISMO	+	HbA1C	}	TOTAL =
		PA SISTÓLICA	+	CT / HDL	+	MICRO ALBUMINÚRIA		

PASSO 9 – VERIFICAR O RISCO	
PROBABILIDADE DE TER UM EVENTO CARDÍACO NÃO FATAL EM 10 ANOS	TOTAL DE PONTOS
BAIXO: <15%	0-17
MODERADO: 15-30%	18-31
ALTO: >30%	32-69

Fonte: adaptado de CHRISTIANSON et al, 2008.