



AMARILIS DE ARMAS HECHAVARIA

**AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERGLICEMIA EM
PACIENTES DIABÉTICOS**

MARAU (RS) 2017



AMARILIS DE ARMAS HECHAVARIA

**AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERGLICEMIA EM
PACIENTES DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Manoela Jorge

MARAU (RS) 2017

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, 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 que tenham sido 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.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, , Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASOCLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	17
4. VISITA DOMICILIAR	20
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	29

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Amarilis De Armas Hechavarria, sou medica cubana, graduada no ano 2005, especialista em 1er grau de Medicina Geral Integral. Minha experiência como medica começo em Cuba, onde trabalhei por 4 anos na atenção primaria de saúde, logo trabalhei na Republica Bolivariana de Venezuela por 3 anos e 9 meses aumentando assim meus conhecimentos, atualmente me encontro trabalhando no Brasil como parte do programa Mais Médicos desde janeiro de 2016.

Trabalho na cidade de Marau/RS, que foi colonizado por imigrantes Italianos, em meados de 1904, foi emancipada como município em 28 de fevereiro de 1955. Com uma população superior a 36 mil habitantes, sendo 4806 indivíduos a população rural e 31558 a urbana, em uma área de 649000 Km². As empresas instaladas em Marau atendem aos mais diversos setores, entre eles, alimentos, couros, equipamentos para avicultura e suinocultura, metal mecânico e em crescimento o setor da construção civil. Este município preserva cerca de 2.600 mil famílias que vivem da agricultura familiar através da produção de grãos, leite, aves e suínos. Atualmente, a população do município conta com 10 unidades de Estratégia de Saúde da Família, 02 unidades de EACS e 01 centro de especialidades que contempla as seguintes especialidades: ginecologia, pediatria e traumatologia. Exceto a unidade de especialidades, todas as outras equipes citadas são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, psicólogo (20 horas), agente administrativo e sanificadora.

Marau possui um hospital de médio porte, sendo conveniado com o SUS, atendendo também convênios e particulares. Os casos de alta complexidade têm como referência a cidade de Passo Fundo. Conta também com uma estrutura de resgate do Corpo de Bombeiros Voluntários e do SAMU. Na cidade existe a Farmácia Básica da Secretaria Municipal de Saúde e um grande número de farmácias, sendo quatro delas participantes do Programa Farmácia Popular. Tratando-se do serviço de diagnóstico o município dispõe de 06 laboratórios de análises clínicas e um centro de diagnósticos por imagem. O município conta também com a Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e do trabalhador. O CAMES: Centro de Atendimento de Medicamentos Especiais, o CAPS para atendimento de saúde mental e apesar de não ser AD acolhe também usuários de drogas. Como diferencial existe o NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva), o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e a Rede

Cegonha para uma melhor qualidade de assistência ao Pré-Natal, estes dois últimos em fase de implementação. Além disso, a maioria dos profissionais das ESFs está realizando especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS UFCSPA e têm acesso ao TELESSAUDE aderindo, assim, às políticas de educação continuada.

As causas de internação mais frequente no município são: doenças do aparelho circulatório, aparelho digestivo e respiratório. Quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. O Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2008 foi de 9.23/1.000. (1).

Eu trabalho no ESF Centro Social Urbano desde março de 2016 atendendo uma população suburbana de 4000 pessoas predominante idosa, com uma alta incidência de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2. Nossa equipe de Saúde é composta por duas médicas, uma delas sou eu, 1 Enfermeira, 1 Téc. de enfermagem, 1 Psicóloga, 1 Dentista, 1 Auxiliar de saúde bucal, 5 Agentes Comunitários. Em nossa área temos no momento 811 famílias, totalizando aproximadamente 4000 pessoas. Sendo 05 micros áreas, micro área 1 Vila Verde Casulo e Fatima, micro área 2 Primavera e Santa Isabel, micro 3 Santa Isabel e Loteamento, micro 4 Interior e micro 46 Loteamento Angelina e Fatima.

Na área de atuação da equipe, a maioria das pessoas possui moradia em casa própria, poucas pagam aluguel. Há muitas pessoas com dificuldades financeiras e sociais. Grande parte dos moradores é casada e o casal faz o sustento do lar tendo sua renda advinda do trabalho nas indústrias do município, além de autônomos e aposentados. Em nossa área, a iluminação pública à noite é precária, faltam lixeiras e o lixo acaba se acumulando. Existe uma escola estadual e uma creche no bairro Fatima, onde estudam crianças e adolescentes dos arredores, também no bairro Primavera existe uma creche. Grande parte dos adultos é alfabetizada, mas há um grande número de idosos que são analfabetos. Não existem praças ou outros locais de lazer, apenas bares, “mercadinhos” e igrejas de diversas religiões, e um salão comunitário que é o local onde as crianças jogam futebol e os adultos se encontram nos finais de semana. Para a terceira idade há um grupo de música gaúcho.

O principal problema da comunidade é a droga, e todos se sentem inseguros, principalmente pelo problema do tráfico de entorpecentes. As doenças que mais atingem as crianças são as IRAS, já nos adultos é a hipertensão, diabetes, câncer e AVC. Esses mesmos problemas afetam também os idosos e são as principais causas de morte. Temos identificado muitos fatores de risco que interferem em na saúde de

nossa comunidade como baixo nível de escolaridade, baixo conhecimento sobre alimentação saudável, baixo conhecimento sobre planejamento familiar, elevado índice de fumantes, elevado número de pacientes ansiosos, com tudo isso estamos trabalhando, iniciamos já atividades com grupo de fumantes, gestantes, oferecemos palestras sobre os principais temas de saúde, avaliamos em nossas reuniões de equipe os principais problemas epidemiológicos q afetam na comunidade, mas ainda falta muito por fazer só estamos começando.

O tema escolhido para o projeto de intervenção é intitulado ações educativas de prevenção e controle da hiperglicemia em pacientes diabéticos, diagnosticados na comunidade do Centro Social Urbano, Marau, RS que tem como justificativa o feito que em nossa unidade temos um total de 219 pacientes que sofrem Diabetes Mellitus, 94 homens e 125 mulheres, 98 entre as idades de 43 ate 59 anos y 121 com mais de 60 anos, de eles 3 sofrem pé diabético y 21 neuropatia o resto dos diabéticos não tem complicação nenhuma. Em nossa unidade de saúde existe uma dificuldade no controle do diabetes na população atendida, apesar do tratamento prescrito ser adequado os índices de glicemia permanecem elevados em um significativo número de pacientes, considerando este tema de muita importância.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Em minha unidade de saúde temos uma população perto das 4000 pessoas, trata-se de uma zona suburbana, com uma prevalência de pessoas de baixo nível econômico e cultural. Temos um número importante de dependentes químicos e por isso muitas famílias disfuncionais. Uma das situações de saúde de maior demanda em nossa unidade são as doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se hipertensão e diabetes mellitus. Tendo em conta isso e a pouca adesão dos pacientes ao tratamento de uso contínuo, decido compartilhar um dos casos que foi avaliado e discutido em nossas reuniões da equipe.

Sendo assim foi discutido na reunião de equipe no dia 03 de fevereiro de 2017 o caso de um paciente hipertenso que sempre comparece a consulta com cifras de pressão elevadas além do tratamento.

ANAMNESE

Identificação

- Nome: AS Idade: 71 anos Sexo: Masculino
- Escolaridade: Ensino Médio incompleto Religião: Sem religião
- Estado civil: Casado
- Profissão: Afastado Naturalidade: Marau RS
- Residência Atual: Bairro Fatima, Rua A # 38
- QUEIXA PRINCIPAL: Cefaleia frontal pulsátil.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL: 1ª Consulta Médica (15/11/16)

Paciente de 78 anos de idade que vem na unidade de saúde para consulta de acompanhamento, refere que há 2 dias apresentou cifras de pressão de 230 \110 acompanhado de cefaleia frontal pulsátil que precisa atendimento no pronto atendimento. A senhora que sempre lhe acompanha nas consultas relata que faz vários meses ele queixa-se de fortes dores de cabeça em horas da madrugada. Refere que está tomando os medicamentos todos os dias, mas mostra-se confusa quanto os

horários das medicações, refere alimentação regular, nega conflitos familiares, ingestão de bebidas alcoólicas, nega tabagismo. Última consulta de seguimento há 4 meses.

Interrogatório sintomatológico

- Sintomas Gerais: tonturas, fraqueza.
- Cabeça e Pescoço: cefaleia frontal pulsátil. Tórax: Nega tosse, dificuldade respiratória; Abdome: epigastria matinal.
- Sistema Geniturinário: nega alterações. Sistema endócrino: nega alterações.
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: parestesia do membro inferior esquerdo.
- Sistema nervoso: Agitação, diminuição da força muscular no membro inferior esquerdo.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Fisiológicos: Nascido de parto normal. Sexarca 15 anos.
- Patológicos: Doenças da infância: (Varicela)
- Antecedente Cirúrgico: colecistectomizado há 40 anos. Nega alergias a medicamentos, traumatismos e transfusões.
- Medicamentos em uso: Enalapril, Hidroclorotiazida, AAS, Metformina, Glibenclamida, Levotiroxina sódica, Sinvastatina.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Pai falecido: Infarto agudo do miocárdio. Mãe falecida: Pneumonia.
- 2 da irmã: Hipertenso e Diabetes Mellitus tipo 2. 3 ca Irmã: Hipertensa e Obesidade.

GENOGRAMA

(Nomes fictícios)



CONDIÇÕES DE VIDA

- Alimentação: consome poucas frutas, gostam de comidas gordurosas carboidratos e excesso de sal nas comidas.
- Domicílio: casa pequena alvenaria, com sala pequena e cozinha, uma habitação, na frente de sua casa tem uma coleta de material descartáveis.
- História ocupacional: Trabalhou por 18 anos na empresa perdigão.
- Atividades físicas: Sedentário.
- Vícios: Nega tabagismo, bebedor social.
- Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (só o ele)

Estrutura familiar: Trata-se de uma família nuclear incompleta formada por duas pessoas idosas, sem filhos, casadas há mais de 30 anos, com baixo nível econômico e de escolaridade. Moram em uma casa pequena, com as condições mínimas para viver. Refere que todos os finais de semana recebem a visita de uma sobrinha que mora em outra cidade perto, sente-se emocional e financeiramente apoiado. Não tem contatos frequentes com seus irmãos.

EXAME FÍSICO

Somatoscopia: Paciente em regular estado geral, lúcido orientado no tempo e espaço e pessoa fácies temerosa, não coopera muito bem ao interrogatório, biótipo normolíneo, atitude voluntária.

- Mucosa: normocoradas e úmidas. Sinais Vitais:
- Temperatura: 36,2°C. FR: 20 irpm.
- PA: 180\100 mmHg;
- FC:88 bpm HGT: 132 mg\dl.
- Medidas Antropométricas: Peso: 65kg, Altura: 1,59 cm.
- Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 25,7 (Peso normal).

Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia, retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

- Aparelho respiratório: Murmúrio Vesicular normal, sem Ruídos Agregados.
- Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.
- Abdome: Presença de cicatriz cirúrgica em hipocôndrio direito secundária a colecistectômica, depressível, não doloroso a palpação, não apresenta visceromegalias, não irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos normais.
- Sistema Nervoso: Paciente orientado em tempo espaço e pessoa que coopera pouco a o interrogatório com dificuldade na fala secundária a AVC antigo, com diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo.
- Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial não controlada. (Crise hipertensiva) Lista de problemas:
 - Hipertensão arterial não controlada. Sequela de AVC: (disfasia)
 - Diabetes Mellitus tipo 2 compensada. Hipotireoidismo.
 - Cefaleia episódica relacionada a picos hipertensivos.

Cuidador confusa com as medicações. Baixa escolaridade. Baixo nível socioeconômico. Conduta: captopril 25 mg 1cp (via oral) e aguardar 40 minutos para avaliar novamente. Passado 45 minutos a técnica de enfermagem refere que o senhor

AS apresenta cifras de pressão de 200\ 110, avalio novamente o paciente quem refere se sente bem, nega dor no peito, câimbra em membros ou formigamentos, mas continua com dor de cabeça. Prescrevo administrar novamente outro captopril 25 mg 1 cp (via oral) e avaliar de novo em 40 minutos. Passado esse tempo o paciente continua igual e decido encaminhar para hospital solicitando exames laboratoriais urgentes. Converso com o médico de plantão informando sobre o caso e chamamos o SAMU para trasladar o paciente.

As urgências hipertensivas podem ser manejadas com drogas por via oral com início de ação relativamente rápido. Estas incluem diuréticos de alça, betabloqueadores, inibidores da ECA (captopril 12,5 a 25 mg via oral), agonistas alfa₂ ou antagonistas dos canais de cálcio. A pressão arterial deverá ser reduzida e m até 3 horas, sendo recomendado que o paciente retorne à Unidade de Saúde em, pelo menos, 24h, para nova aferição da pressão arterial e reorientar o tratamento medicamentoso, caso seja necessário. (2,3,4). Pacientes em acompanhamento, que repentinamente têm sua pressão elevada, devem ser monitorados em 15 ou 30 minutos e, em persistindo tais níveis, questionados sobre fatores que possam elevar sua pressão (dor, retenção urinária). (4)

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 16/11/2016)

Paciente que vem a consulta acompanhado pela mulher para mostrar resultados dos exames laboratoriais feitos na emergência, e para controle de pressão, relata se sente melhor. Sem queixas no momento. Foi feito a triagem pela enfermeira que informa: PA: 140\90 mmhg. Temperatura. 36.3 graus.

EXAMENES LABORATORIAS

- HB:13,9 g\dl
- HTO:40,6 %
- LEUC: 9,500\mm³
- PLAQ:189 mil\mm³

- UREIA: 31mg\dl
- CREAT: 0,9 mg\dl
- LDH-DEHIDROGENASA: 526; U/L
- CPK: 182 U/L
- PROTEINA C REACT: 6,0 mg\l;
- SODIO: 138 mmol\l;
- POTASIO: 6,0 mmol\l;
- EQU: NEG

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE

ID: ateromatoma carotídeo e vertebrobasilar. Redução volumétrica encefálica (compatível com faixa etária). Ectasia do sistema ventricular. Microangiopatia periventricular. Calcificações residuais nos ganglios da base. Sinusopatia maxilar bilateral e esfenoidal à direita. Alterações degenerativas no segmento cervical visualizada (c1-c3)

A solicitação dos exames baseia-se em que as causas de morte mais comuns na HAS estão relacionadas a complicações pelo acometimento de órgãos alvo tais como: doença coronariana (IAM), acidente vascular cerebral, alteração da função renal e ruptura de aorta. (4). Recentemente, descobriu-se que o valor da PCR pode ser útil também para indicar quais são os indivíduos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Oriento continuar igual conduta e retornar à consulta em 15 dias com controle de pressão e exames laboratoriais pendentes (glicose em jejum, triglicérides, microalbuminúrica, ECG de repouso e TSH). A senhora solicita fazer controle de pressão em casa com uma vizinha porque é mais fácil para ela já que mora longe da unidade de saúde. Oriento sobre importância de fazer tratamento adequado, oriento dieta balanceada.

3ª Consulta (Dia 23 /11/2016)

Paciente que vem a consulta com controle de pressão arterial e resultados de

exames laboratoriais. Controle com a maioria de 180\100 mmhg por e uma toma de 160 100. Percebo que continua descompensado decido interrogar novamente sobre alimentação, horários dos medicamentos e impressiona estar tudo certo. Início exame físico novamente e percebo alento etílico fico impressionada e pergunto novamente sobre ingestão de álcool ou fumo a o que a senhora responde que não.

EXAMENES LABORATORIAS

- GLICOSE: 95 mg\dl
- BILIRRUBINA: T: 0,62 mg\l; D: 0,24 mg\l; I: 0,38 mg\l
- COLESTEROL: 261 mg\dl HDL: 47 mg\dl
- LDL: 183 mg\dl
- HDL: 47 mg\dl
- TRIGLER: 152 mg\dl
- TGO: 31 U\l
- TGP: 27 U\l EQU: NEG
- PSA: 2,4 ng\ml
- T3: 127,7 ng\ml
- T4: 1,34 ng\ml TSH: 6,350 u U\ml
- HB: 12,8 g\dl
- LEUC: 10,200\mm³
- PLAQ: 178 mil\mm³
- Microalbuminúrica: 10 mg\l ECG: normal

Triagem feita pela enfermeira que informa: PA ;170\110 mmhg e HGT em jejum 112 mg dl indico captopril 25 mg 1cp (via oral) e avaliar em 50 minutos. Fico uns minutos conversando a sós com a esposa, orientando para ela os riscos de

ingestão de álcool ou outras drogas, mas ela se mostra fechada só falando que isso nunca aconteceu com seu marido. Percebo em ela durante a fala alento étílico também. A senhora se mostra desgostada e não aceita que eles bebem.

Depois de avaliar o senhor passado os 50 min a cifras de pressão estão em 140\90 mmhg. Oriento retornar a casa e continuar igual tratamento.

LISTA DE PROBLEMAS

- Hipertensão arterial não controlada. Sequela de AVC: (disfasia)
- Diabetes Mellitus tipo 2 compensada. Hipotireoidismo compensada.
- Cefaleia episódica relacionada a picos hipertensivos. Etilismo.
- Cuidador etilista. Baixa escolaridade.
- Baixo nível socioeconômico.

PLANO

- Oriento alimentação saudável.
- Oriento riscos e complicações de sua doença.
- Oriento sobre prevenção de pie diabético.
- Oriento como evitar o sedentarismo.
- Oriento sobre importância de manter o tratamento de base.
- Oriento sobre alcoolismo e suas complicações.
- Agendar consulta com a psicóloga e a psiquiatra.

- Oriento assistir a atividade do grupo HIPERDIA.
- Manter visitas domiciliar pela agente de saúde mensal.
- Agendar visita domiciliar para avaliação integral.
- Agendar consulta para cuidadora TS.

Essa tarde tinha reunião de equipe e informo sobre o caso e solicito informação a CR agente de saúde. Em busca de alguma coisa que me fale de consumo de álcool ou outras drogas. CR me fala que ela acha estranho que quanto está fazendo visita na senhora sai correndo para o cozinha e volta comendo uma

laranja e falando de longe, achou estranho, mas penso que era costume dela. Nota-se que ela não está muito orientada com as medicações do senhor. Eles não têm filho só sobrinhos que moram perto mais não tem bom relacionamento. Solicito realizar visita domiciliar (VD) que é planejada para dia seguinte. A psicóloga se mostra a disposição para realizar VD.

VISITA DOMICILIAR

Durante a VD a senhora se mostra nervosa apresenta hálito etílico em maior proporção q o senhor. Examino os medicamentos notando que tem vários com as datas vencidas, a senhora se mostra confusa para mostrar-me quais medicamentos da em cada horário. Classifico os medicamentos e percebo que a maioria está vencida, decido leva-los para o posto de saúde para ter certeza que seu destino final seja no lixo. Solicito a presença da sobrinha filha da irmã do senhor AS e pergunto se ela pode ajudar com administração da medicação do senhor a qual mostra se a disposição. Oriento sobre riscos das doenças, risco de alcoolismo e complicações. Psicóloga agenda consulta para o dia seguinte com ela e decidimos iniciar acompanhamento no CAPS. Oriento a agente de saúde realizar visita duas vezes por semana. Oriento consulta cada 15 dias para acompanhamento.

Tendo em conta a incidência de pacientes etilistas em minha área de abrangência foi criado um grupo de apoio liderado pela Psicóloga da unidade onde participamos ativamente, brindando orientações gerais, apoio emocional e temos apoio do NAFS, e assistência social para dar apoio econômico.

3PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é concebida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Partindo dessa concepção, pode-se dizer que a promoção da saúde, ao conferir possibilidades e liberdade aos indivíduos e grupos, parte de uma concepção ampliada da saúde, a qual deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver; como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas dos sujeitos. Sendo assim, operar a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. Alcançar a promoção da saúde significa, também, extrapolar um estilo de vida saudável e caminhar em direção a um bem-estar de toda a sociedade. (9)

Adotar como objetivo fundamental da promoção da saúde a ativação da potência de ação significa construir ações, iniciativas, programas ou projetos que de fato resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades para „lutar contra a servidão’, ou seja, para passar da passividade para a atividade, pelo desejo de ser livre e de ser feliz. Significa, também, ampliar a autonomia e o poder dos atores locais e das instâncias locais de gestão; conhecer profundamente as dinâmicas territoriais; estabelecer pactos e parcerias locais; fomentar a participação e as redes de ação intersetorial, incluindo novos atores na gestão; desenvolver métodos e técnicas de trabalho, experimentá-los, revisá-los e modificá-los. Significa, ainda, criar e recriar sentidos e significados acerca de nossas práticas e, sobretudo, dar espaços para as incertezas, para a experiência, para novos começos (10).

Tendo em conta que a nossa unidade de saúde é o primeiro contato com os pacientes para entrar no sistema de saúde e com base na opinião de que nosso atendimento dependem as transformações em questões de saúde da vida de nossos pacientes, nos demos a tarefa em minha equipe de reforçar as medidas de prevenção e promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes e assim, reduzir a incidência da doença.

Muitas tem sido ações tomadas há mais de um ano na UBS Centro Social Urbano local onde trabalho. Lembro que quando eu comecei nesta UBS a equipe era totalmente nova, por este motivo, desde o início nós tivemos que planejar um grupo de ações para atender as necessidades dos pacientes em nossa área de abrangência. Foi um trabalho muito valioso, onde as agentes comunitárias de saúde nos ajudaram a conhecer muitas peculiaridades do território.

Uma das propostas que fiz para entender melhor a população foi relacionada com as visitas domiciliares as quais eram feitas a cada 15 dias e apenas a os pacientes acamados. Sugeri que tínhamos que fazer as visitas com mais frequência, já que era a maneira mais eficaz de conhecer a realidade dos nossos pacientes. Também sugeri visitar outros grupos de pacientes, como crianças, gestantes, usuários de drogas a fim de atender as famílias e trabalhar em conjunto para modificar seu modo e estilo de vida.

Graças a essas mudanças identificamos que a nossa população tem um elevado número de paciente com doenças crônicas não-transmissíveis por isso criamos o grupo para hipertensão e diabetes, com o objetivo de melhorar o seu conhecimento sobre a sua doença e melhorar sua qualidade de vida.

Foi criado um grupo de lactentes já que muitas mães mostraram insegurança para alguns problemas com seu bebê, tais como: elas achavam que febre era quando a criança tinha temperatura de 37 graus. Este grupo tem sido muito valioso, porque hoje muitas mães na nossa comunidade estão melhor preparadas para cuidar de seus filhos.

Outro problema identificado foi à falta de planejamento familiar que é agravada porque não temos em nossa cidade um profissional para assumir essas consultas. Então eu sugeri em uma reunião para fazer um levantamento de todas as mulheres em idade fértil para saber quem está usando métodos contraceptivos saber se elas estão atualizadas com exame da mama e exame do colo do útero.

Felizmente, temos um grupo de gestantes que funciona adequadamente. Agora temos o desafio de envolver familiares e maridos no grupo, porque muitas vezes as gestantes não têm em casa todo o apoio que precisam para alcançar a amamentação exclusiva ou para os cuidados do bebê. Também foi visitado o hospital do município com as gestantes para estabelecer um maior vínculo e segurança. Outras ações alcançadas neste período foram à realização de visita domiciliar para as puérperas e seus bebês nos primeiros quatro dias, com a participação da psicóloga para prestar

apoio psicológico e proporcionar mais segurança para a mãe. Nossa área também tem um elevado número de pacientes com problemas de saúde mental tema que tem sido abordado em várias reuniões da equipe. Uma estratégia tomada para controlar melhor esses pacientes foi pesquisar junto com as agentes comunitárias de saúde as famílias em risco de violência.

Eu como médico nas consultas inicie uma avaliação detalhada de cada paciente diagnosticado com problemas de saúde mental. A psicóloga da unidade começo suas consultas a estes pacientes acompanhados por suas famílias para conseguir uma avaliação integral. Temos notado uma melhoria significativa em muitos pacientes.

Muitos conseguiram reduzir a quantidade de antidepressivos utilizados. Foi criado um grupo de artesanato para todos os pacientes interessados e especialmente, para aqueles que têm problemas de saúde mental. Acho que ainda falta muito por fazer, mais cada dia temos novas sugestões por parte de nossa equipe.

4 VISITA DOMICILIAR

As Unidades Básicas de Saúde constituem a porta de entrada de todas as pessoas no sistema de saúde. Nós profissionais, que nos encontramos nesse nível de atenção estamos mais próximos de cada paciente da comunidade em que atuamos, por isso é muito importante conhecer a história dos nossos pacientes, sua cultura, seus costumes, seus problemas sociais e de saúde, o que nos ajuda a avaliar integralmente cada pessoa e assim, lograr um melhor desempenho diagnóstico, e uma melhor qualidade de vida para nossos pacientes. Fazemos isso através das visitas domiciliares, onde podemos interagir diretamente com nossos pacientes.

No ano e meio que eu tenho trabalhado em minha unidade de saúde pude reconhecer o grande valor do atendimento domiciliar mais uma vez. Uma das coisas que me mostraram que todos os profissionais de saúde da atenção básica têm que defender e valorizar o atendimento domiciliar foram as minhas experiências em minhas primeiras consultas. Por exemplo, durante as consultas médicas depois de fazer um bom exame físico e fazer o diagnóstico propomos o tratamento mais eficaz para lograr a melhora do paciente, tendo em conta as drogas de escolha de acordo com a doença diagnosticada. No meu posto de saúde temos uma farmácia do sistema público a qual infelizmente não tem todas os medicamentos que muitas vezes necessitamos, embora geralmente tentamos prescrever o que temos disponível em farmácia para minimizar os gastos dos pacientes. Em uma das reuniões da equipe, uma agente comunitária de saúde fala sobre um paciente que não estava fazendo um determinado tratamento, porque não tinha como comprá-lo e por vergonha não falou para o médico que ele não tinha dinheiro. Nesse momento, eu pensei o quanto importante é saber como vivem os pacientes e as necessidades que eles têm, porque a maioria comporta-se muito tranquilo durante a consulta, às vezes eles não dizem tudo o que sentem por vergonha. Depois de aquele dia eu decidi que precisávamos mudar algumas coisas na nossa unidade.

Quando eu comecei a trabalhar as visitas eram feitas 2 vezes por mês como somos 2 médicas cada um tinha uma visita cada mês, então eu propus que deveríamos aumentar as visitas pelo menos uma vez por semana o qual foi aprovado. Outra coisa negativa foi que apenas eram feitas as visitas domiciliares a pacientes acamado ou cadeira. Sugeri que tínhamos que aumentar as visitas a outros grupos de pacientes,

como crianças e mulheres grávidas, ou outros pacientes com doença crônica descontrolada por não fazer tratamento médico adequado, todos concordaram e começamos a fazer a lista de pacientes que precisavam cuidados em casa.

Além disso, temos prevista a realização de visitas domiciliares para as puérperas e seus lactentes nas primeiras 72 horas de estar na comunidade depois do parto com a participação da Psicóloga da unidade para que as mães sintam um apoio emocional da nossa equipe de saúde. Também nesta visita, poderemos identificar se o bebê tem berço, se a família está dando para a mãe todo apoio emocional e financeiro que ela necessita, para assim evitar, a depressão pós-parto ou qualquer outra alteração que possa afetar a mãe ou o bebê. Estamos também fazendo visitas a famílias identificadas com risco de violência doméstica ou risco social em conjunto com os profissionais de assistência social e apoio do NASF.

Atualmente, os familiares dos pacientes podem ligar solicitando visita, e também recebemos as solicitações dos agentes comunitários de saúde para ser discutido cada caso na reunião de equipe. Desta forma, estabelecemos a ordem de prioridade tendo em consideração cada caso em particular.

Posso falar de muitos exemplos de atendimento domiciliar durante meu período de trabalho, mas gostaria de aproveitar este caso para compartilhar com vocês. No dia 17 de abril de 2017 recebemos uma ligação de senhora CDT solicitando atendimento domiciliar para sua mãe por apresentar dor abdominal baixo, ardência e febre não constatada em casa. Imediatamente a enfermeira me fala sobre o caso e decidimos aproveitar que um paciente cancelou sua consulta para fazer a visita domiciliar. Foi retornada à ligação para informar a o familiar que em poucos minutos estaríamos lá. Como de costume a enfermeira e eu nos dirigimos na residência da senhora ADS localizada no Bairro Fatima, Rua B # 61, perto da creche da comunidade. Fomos recepcionados pela filha da senhora que ligou na unidade que mostro gratidão pela rapidez do atendimento. Refere que estava preocupada porque sua mãe há 2 dias estava com dificuldade para fazer xixi e hoje começou com febre não aferida em casa por não ter termômetro. O paciente alvo encontrava se na cadeira de roda assistindo TV.

PACIENTE ALVO: ADS viúva há mais menos 17 anos, aposentada de 82 anos de idade, com histórico de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipotireoidismo, cadeirante por fratura do quadril há 3 anos. Tem 3 filhos, a maior de 65 anos de idade, hipertensa, hipotireoideia e fumante há 40 anos, a outra filha de 60 anos de idade hipertensa, os quais não moram com ela, mas sempre ajudam e se interessam muito por a senhora, e a filha menor de 50 anos de idade, Hipertensa que mora com a paciente.

A paciente às vezes fica triste, não se acostuma muito bem a sua condição de cadeirante, quer fazer coisas em casa e a filha não deixa. Fica muito feliz quando sua filha maior leva para sua casa os finais de semana porque ali curte com os bisnetos. Também gosta de fazer crochê além de não enxergar bem.

Queixas do momento: dor abdominal baixo, dor nas costas, urinas escassas e ardência há 2 dias. Exame físico: paciente com bom estado geral. Mucosas. Bem coloridas e úmidas. Tecido Celular Subcutâneo: não edema. Aparelho respiratório. Murmúrio vesicular normal, sem ruídos agregados FR.20 min.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos. FC. 74 bpm TA. 140/90 mm hg. Abdômen: mole, depressível doloroso ligeiramente na palpação em hipogastrio, não apresenta visceromegalias, não irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos normais. Aparelho geniturinário: fossas lombares dolorosas, punho percussão dolorosa, pontos reno-ureterais anteriores e posteriores dolorosos. Enfermeira toma os sinais vitais. Temperatura. 37,2 graus. Cifras de glicose pós pandrial de 142 mg dl.

O tratamento atual: Metformina 500mg 1cp apos as refeições. Losartana 50mg 1cp 12 em 12 horas, Hidroclorotiazida 25mg 1cp pela manhã, Levotiroxina 50mg 1 cp em jeum, Omeprazol 20mg 1 cp em jejum.

CUIDADOR: CDT filha menor do paciente alvo, de 56 anos de idade com uma história de Hipertensão arterial têm tratamento regular com Hidroclorotiazida 25 mg 1cp pela manhã, Losartana 50 mg 1cp 12 em 12 horas. Relata que há mais menos dois meses compareceu a consulta e todos os exames laboratoriais estavam bem. A senhora refere que tinha mais de um ano sem comparecer a consulta já que estava cuidando de sua mãe e não tinha tempo, mas agora esta cuidando de se mesma também. Oriento sobre cuidados gerais, alimentação saudável, importância de tratamento. Enfermeira realiza avaliação dos sinais vitais. Temperatura 36,3 graus. PA 130/90 mm Hg.

EXTRUTURA FAMILIAR: Trata-se de uma família composta pela paciente alvo ADS, a filha CDT 56 anos aposentada, hipertensa, a senhor PTB genro da paciente alvo de 58 anos de idade trabalha na empresa Perdirgom, com hipercolesterolemia e Gota, eles têm 2 filhos adolescentes de 18 a 16 anos de idades respetivamente, estudantes paciente aparentemente saudáveis.

SITUACÃO DE SAUDE E DE VIDA

Trata-se de uma família funcional, percapita familiar adequada, retiram os medicamentos que necessitam na farmácia do posto de saúde. A filha da senhora ASD é responsável pelas medicações de sua mãe e cumpre corretamente com as indicações prescritas.

ALIMENTACAO: A filha é responsável pela preparação dos alimentos refere-se que cuida muito disso graças a todas as orientações recebidas nas consultas e pela nutricionista. Consumem frutas, saladas, legume, carnes, e muito chimarrão. Relata que toda a família esta acostumada com a comida baixa de sal e sem gordura, todos gostam de frutas e saladas pelo que resulta mais fácil para ela já que não precisa fazer comidas muito diferentes para sua mãe.

FERRAMENTAS SOCIAIS ENVOLVIDAS: Não recebe nenhum apoio religioso ou político.

DOMICILIO: casa grande de alvenaria, piso em cerâmica, sala espaçosa, 3 quartos espaçosos, dois banheiros, área de serviço, cozinha e pátio grande com boa higiene. Consumo de água filtrada. Armazenagem de resíduos sólidos adequados. Estado da conservação do ambiente é bom. Animais de estimação: 2 cachorros.

FONTES DE PRAZER DO PACENTE: crochê, visitar os bisnetos.

PROBLEMAS CRONICOS: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial,

Hipotireoidismo, Fratura do quadril. **PROBLEMAS AGUDOS:** Infecção do trato urinário.

PLANO DE CUIDADOS

- Oriente a importância do tratamento de base diário.
- Orientamos cuidados da pele.
- Oriente importância de apoio emocional.
- Orientamos sobre alimentação saudável.
- Oriente prevenção do pé diabético.
- Oriente consumir abundantes líquidos.
- Nitrofurantoina 100 mg de tomar 1 cp 6/6 horas durante 7 dias.
- Oriente sobre prevenção de acidentes no domicílio.
- Continuar com as visitas domiciliares.
- Oriente importância de fazê-la sentir-se útil em casa.
- Oriente importância de comparecer a palestras do grupo de HIPERDIA, já que ela pode comparecer no posto (usando o carro da família) assim fala com outras pessoas.
- Oriente importância de relacionar-se mais com outras pessoas, visitar famílias e conhecidos com mais frequência.
- Continuar as visitas pela agente de saúde.
- Deixar pedido de exame de urina, urocultura e teste de sensibilidade para 4 dias depois de terminado tratamento.
- Marcar próxima visita domiciliar em quanto ficarem prontos os exames.

Normalmente em nossa unidade básica de saúde temos programadas as visitas domiciliares, mas, quando acontecem casos como estes tentamos que sejam avaliados na hora, os são orientados a os familiares para acudir no hospital se necessário. Os procedimentos realizados durante as visitas domiciliares são poucos, normalmente efetuamos aferição de temperatura e pressão arterial, controle de HGT a pacientes diabéticos, curativos a pacientes com feridas, queimaduras ou outras lesões na pele. Quando precisamos encaminhar a um paciente para que seja avaliado por um especialista contamos com transporte que é disponibilizado pela secretaria de saúde. Também quando solicitamos algum exame laboratorial o familiar pode solicitar a fazer a coleta em sua casa tendo em conta as condições de saúde do paciente. Também contamos com apoio da fisioterapeuta que faz

tratamento de reabilitação a determinados pacientes em seu domicílio. Neste ano o dentista de nossa unidade se integrou mais a nossas visitas para dar orientações úteis a pacientes acamados ou com determinadas condições de saúde que não conseguem consultar com periodicidade na consulta de dentista. Agora estamos mais perto de nossos pacientes e temos novas ideias para continuar atuando positivamente em nossa comunidade.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Cada atividade que realizamos para nos fornecer conhecimento é sempre valiosa, e este curso de especialização para mim tem sido duplamente valiosa, já que pude aprender de maneira didaticamente os protocolos de saúde aqui no Brasil para assim colocar em prática e melhorar a minha qualidade de atendimento aos pacientes e sua qualidade de vida. As dificuldades durante o curso foram poucas para citar alguns: problema com a Internet, no começo foi um pouco complicado de entender as dinâmicas para acessar nas diferentes áreas da plataforma, acho que às vezes, eram muitos os conteúdos para estudar com avaliações e fóruns, mas no geral acho que valeu a pena.

As coisas positivas foram muitas, conheci como foi evoluindo o sistema de saúde no Brasil para se tornar o que é hoje, aprendi sobre as leis que protegem os trabalhadores, mulheres, idosos, crianças, e os adolescentes. Tudo isso me ajudou a ter mais ferramentas para ajudar os pacientes. Sendo parte deste curso me ajudou a ser melhor profissional e melhor pessoa. Em relação ao meu trabalho como médico realmente eu mudei muito e para melhor, aprendi a planejar minhas atividades diárias. Graças a este curso eu aprendi a criar minha agenda de trabalho de uma maneira acessível para todos os pacientes de minha comunidade, e confortável para eu ter mais tempo de atendimento e lograr consultas com maior qualidade.

Atualmente tenho um dia cada semana que no horário da tarde são consultadas as gestantes e outra tarde são feitas consultas de puericultura, esse planejamento me permite fazer uma avaliação com maior qualidade para os meus pacientes e fornecer todas as informações que eles precisam para cuidar melhor de sua saúde. Também tenho 2 tardes dedicadas a pacientes idosos e pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis. Isso tem melhorado muito o desempenho

do meu centro de saúde e a comunidade tem uma melhor aceitação. Sobre as visitas domiciliares teve mudanças importantes quando comecei, a apenas realizava uma visita por mês, porque somos 2 médicas e as visitas estavam planejadas a cada 15 dias, então eu só poderia fazer uma por mês. Plantei na reunião a necessidade de fazer mais visitas para compreender melhor os pacientes e que isso não era possível só no consultório, precisávamos complementar nossas ações com visitas domiciliares para olhar diretamente a realidade dos pacientes, avaliar aspectos importantes do meio ambiente para lograr melhorar os indicadores de saúde de nossa comunidade. Na atualidade faço as visitas domiciliares cada semana e agora visito não só os pacientes acamados ou em cadeiras de rodas como no início, também aumentamos o grupo de pacientes que necessitam de cuidados em casa, como gestantes, crianças, puérperas, adolescentes com riscos sociais, dependentes químicos e algumas famílias em risco de violência doméstica.

Agora trabalho mais em conjunto com outros profissionais como do NASF, são convidados a discutir os problemas de algumas famílias em reuniões de equipe para juntos trazer novas ideias e possíveis soluções para os seus problemas. Como uma maneira de organizar o meu trabalho fiz uma lista de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, a fim de gerenciar melhor a cada paciente e o contato com aqueles que não procuram atendimento médico na unidade para que sejam avaliados com a periodicidade que precisam, tendo em conta os protocolos.

Eu acredito que tudo o aprendido no curso me ajudou muito, porque agora sou capaz de organizar melhor o meu trabalho, tive atualizações de muitas questões médicas. Antes deste curso era muito difícil para mim tratar pacientes com doenças da glândula tireóidea e precisava aprender. Porque aqui leva muito tempo para conseguir uma consulta com um especialista em endocrinologia. Graças nas aulas, agora posso começar a tratar muitos pacientes e só quando é muito necessário ou os casos que exijam uma outra opinião por ter outra complicação ou precisam de cirurgia é que são encaminhados. A mesma coisa aconteceu com os pacientes de saúde mental que me custou muito trabalho modificar ou aumentar doses de medicação e, graças as capacitações solicitadas podemos começar a tratar melhor os pacientes. O modo geral o curso me deu muito e eu sou muito grata por isso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atualizações - Datasus - Ministério da Saúde, disponível em <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes>.
2. SBC; SBH; SBN. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on
4. Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA 003;289:2560-72.
5. Cleveland Clinic State University Foundation. Emergency Room Management of Hypertensive.
6. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/Publicacao/a%20organizacao%20do%20cuidado.pdf> e A organização do cuidado às Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em Serviços de Atenção Primária à Saúde.
7. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gusso e Lopes; 7 - Medicina Ambulatorial, Duncan;
8. Urgencies and Emergencies: Hypertensive Urgencies. Cleveland and Ohio Columbus. OH, 2003.
9. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 39-54.
10. ANDRADE, E. A.; SACARDO, D. P.; FERNANDEZ, J. C. A. O “encontro” como espaço de experimentação e elaboração. In: FERNANDEZ, J. C. A. et al. (Org.).
11. Juventude e Segurança: PROTEJO Osasco. São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2010, p. 85-100.
12. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto & Enferm 2006;15(2):352-8.
13. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. Interface Comunic Saúde Educ 2003;7(12):101-22.

14. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 15-38.
15. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.
16. ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot. Int., Oxford, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
17. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-64. [Links]
18. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 15/Abr/2008). [Links]
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. 24 de out de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
21. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 71-80.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



AMARILIS DE ARMAS HECHAVARIA

**AÇÕES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERGLICEMIA
EM PACIENTES DIABÉTICOS DIAGNOSTICADOS NA COMUNIDADE DO
CENTRO SOCIAL URBANO, MARAU, RS**

MARAU (RS) 2017

1. INTRODUÇÃO

Uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam. (Diretrizes SBD 2015-2016)

Na América Latina e Caribe, essa enfermidade afeta quase 19 milhões de pessoas. (GOLDENBERG, P. 1996). O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional. (Diretrizes SBD 2015-2016)

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em 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. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos. (Diretrizes SBD 2015-2016)

Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas. Nos Estados Unidos, o número de pessoas com diabetes dobrou, alcançou 23,6 milhões em 2007, 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões ou 23,1%, têm diabetes. (CHOR, D. 1995). No Brasil, estudo conduzido em nove capitais de estados brasileiros revelou que 46% dos indivíduos com diabetes não tinham conhecimento sobre a doença. (MACIEJEWSKI, M.L. 2004.). A literatura alerta para a falta de informação sobre a enfermidade e a carga que o diabetes acarreta em perda de anos de vida ajustado por incapacidade. A Diabetes Mellitus é um dos principais problemas de saúde da medicina contemporânea em países desenvolvidos e o controle é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente a morbidade por cardiopatia coronária, doenças cerebrovasculares

e renais. (MAIA, F. 2002). Estudos epidemiológicos concluíram que vários fatores de risco estão relacionados à obesidade, dentro destes estão citados: idade, sexo, o patrimônio, as dietas ricas em açúcares, oligoelementos, fatores socioculturais, alcoolismo, hiperlipidemia. (Ministério da Saúde. 2011-2022). O principal significado clínico da diabetes não é que é uma doença no sentido usual da palavra, mas indicando um risco futuro de doença vascular, que é, em princípio, controlável com o declínio do primeiro. Segundo a OMS (2002), é uma realidade que os indivíduos com diabetes têm com o resto da população 7,5 vezes maior risco de sofrer um acidente vascular cerebral, seis vezes o risco de doenças renais e 2,5 vezes de cardiopatia isquêmica.

Considerando-se que esta doença representa na população com elevada prevalência e graves consequências a médio e longo prazo é que o seu início foi reconhecido por outros autores como "Assassino Silencioso". Produção de alta letalidade tudo já mencionado, bem como incapacidade e redução da qualidade de vida, tanto pessoal como uma família, além dos problemas econômicos decorrentes da incapacidade de produzir em pacientes e cuidadores importa. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010).

Nossa intervenção será feita no município Marau/RS, no posto de saúde Centro Social Urbano. Trata-se de uma unidade rural tipo 1. Cobrimos uma população perto dos 4000 habitantes e aproximadamente 811 famílias. Nossa unidade conta com uma só equipe, e que está em atuação faz 1 ano. Nossa equipe está integrada por duas médicas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, uma recepcionista, uma odontóloga e uma técnica de odontologia e uma psicóloga que trabalha 20 horas.

PROBLEMA

Dificuldade no controle do diabetes na população atendida, apesar do tratamento prescrito ser adequado os índices de glicemia permanece elevado em um significativo numero de pacientes.

JUSTIFICATIVA.

Em nossa unidade de saúde temos um total de 219 pacientes que sofrem Diabetes Mellitus, 94 homens e 125 mulheres, 98 entre as idades de 43 até 59 anos e 121 com mais de 60 anos, de eles 3 sofrem pé diabético e 21 neuropatias o resto dos diabéticos não tem complicação nenhuma. A realização deste projeto de intervenção na comunidade da abrangência da USB Centro Social Urbano, acho que vai ter uma importância significativa assim como também uma repercussão favorável nos pacientes que sofrem de Diabetes Mellitus assim como no resto da população, não só porque com ele melhoramos a qualidade de vida destes pacientes também porque tenho certeza que conseguiríamos uma diminuição na incidência da Diabetes Mellitus na comunidade. Essa realidade motivou nossa equipe de saúde a buscar identificar as prováveis causas de fatores causais que favorecem a hiperglicemia e complicações da doença em pacientes diabéticos. Dessa forma decidimos implementar medidas capazes de efetivar soluções para tais problemas.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar ações educativas para prevenção e controle das complicações da DM em pacientes diabéticos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o nível de conhecimento sobre DM e dificuldades de seu controle em os pacientes diabéticos.
- Avaliar os resultados da intervenção educativa em os pacientes diabéticos objetos de estudo.
- Fornecer o tratamento a todos os pacientes com o diagnóstico de DM.
- Diminuir as complicações da doença.

3. REVISÃO DE LITERATURA

DEFINIÇÕES DE DIABETES

Atualmente o DM é conhecido por quase toda população, pois é encontrada em todas as famílias, seja ela da classe rica ou pobre, mulher ou homem, idoso ou jovem ou de qualquer etnia. É conhecida por leigos como uma doença que aparece por ingerir alimentos ricos em açúcares, e para grupos de pesquisas em saúde, uma patologia metabólica dos carboidratos que cresce com um ritmo desenfreado, e que merece um maior cuidado. (DIRETRIZES SBD, 2009).

O DM é denominado como um grupo heterogêneo de disfunções no mecanismo de metabolização dos carboidratos, apresentando em comum o aumento da glicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina e na secreção de insulina, ou nas duas condições no mesmo momento. A hiperglicemia é resultado de problemas que envolvem a taxa de glicose no sangue, onde nos diabéticos seu diagnóstico apresenta valores que ultrapassam 126 mg/dL de glicose (em jejum). Esses valores sobem devido aos possíveis fatores como: dificuldade de a glicose entrar nas células causando o aumentando da quantidade da mesma no sangue tanto pelo defeito na produção de insulina, quanto pela total deficiência do pâncreas em produzi-la (DIRETRIZES SBD, 2009).

O Ministério da Saúde também conceitua o DM como um grupo de doenças metabólicas que resultam da dificuldade de excreção ou atividade da insulina, envolvendo mecanismos nocivos específicos, como a destruição das células beta pancreáticas, resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina. Assim, levando a hiperglicemia e posteriormente ao desenvolvimento de complicações, como: problemas nas funções e insuficiência de determinados órgãos, sendo os principais os olhos (diminuindo a acuidade visual e risco de cegueira), os rins (insuficiência renal terminal), os nervos (dores ou insensibilidade pela neuropatia), cérebro (AVC), o coração e os vasos sanguíneos (arteriosclerose) (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde também conceitua o DM como um grupo de doenças metabólicas que resultam da dificuldade de excreção ou atividade da insulina, envolvendo mecanismos nocivos específicos, como a destruição das células beta pancreáticas, resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina. Assim, levando a hiperglicemia e posteriormente ao desenvolvimento de complicações,

como: problemas nas funções e insuficiência de determinados órgãos, sendo os principais os olhos (diminuindo a acuidade visual e risco de cegueira), os rins (insuficiência renal terminal), os nervos (dores ou insensibilidade pela neuropatia), cérebro (AVC), o coração e os vasos sanguíneos (arteriosclerose) (BRASIL, 2006).

FISIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS

O órgão humano pâncreas, além de suas funções digestivas, secreta dois hormônios importantes, insulina e glucagon, que são cruciais para a regulação normal do metabolismo da glicose, lipídeos e proteínas. Ele é formado por dois principais tecidos: os ácinos, que secretam o suco digestivo no duodeno, e as ilhotas de Langerhans, que secretam a insulina e o glucagon diretamente no sangue. (AmericanDiabetes Association; 1998).

O mais importante em questão é de fato a insulina, pois é o mediador de controle de açúcar no sangue, e no diabético controla o nível de açúcar no sangue, levando aos valores ideais. O glucagon é extremamente importante nesse mecanismo, pois na falta de glicose, ele é responsável em elevar a quantidade de glicose sanguínea, prevenindo a hipoglicemia, e age a partir da transformação do glicogênio em partículas menores. (GUYTON; HALL, 2006, p. 961)

PÂNCREAS E AS ILHOTAS DE LANGERHANS

O pâncreas humano é o órgão responsável pela produção de insulina, possui entre 1 e 2 milhões de ilhotas de Langerhans, organizam-se em torno de pequenos capilares nos quais suas células secretam hormônios. As ilhotas contêm três tipos de células principais: as células alfa, beta e delta, que se distinguem entre si devido às características morfológicas e de coloração. As ilhotas de Langerhans são as responsáveis pela produção de insulina para todo organismo humano, e esta é responsável pelo mecanismo de regulação glicêmica. (AmericanDiabetes Association; 1998). Tanto o pâncreas como as ilhotas de Langerhans são muito importantes para o ser humano. Qualquer tipo de manifestação parasitária, ou algum tipo de trauma mecânico neles, podem ocasionar problemas na liberação de insulina para a corrente sanguínea. Por isso, toda vez que um paciente é diagnosticado como diabetes, é necessário avaliar as condições pancreáticas e se o mecanismo da glicemia tem

envolvimento com previsíveis ataques de agentes nocivos (ALVES, C. M. P2011). Alterações nas secreções endócrinas do pâncreas, especialmente da insulina, determinam importantes modificações na homeostasia do meio interno, as quais se relacionam com doenças de alta prevalência, como o DM, a obesidade e a síndrome metabólica, razões pelas quais são um dos mais estudados sistemas endócrinos em toda história da investigação científica. Relatos de indivíduos portadores de DM remontam à antiguidade egípcia, despertando, desde então, a curiosidade sobre os mecanismos envolvidos no aumento excessivo da concentração de glicose no sangue e urina (AIRES, 2008.).

A primeira alusão ao tecido insular pancreático foi feita em 1869 por Paul Langerhans, que descreveu aglomerados de células formando estruturas arredondas dispersas no tecido acinar pancreático, assim passando a ser chamados na literatura de ilhotas de Langerhans. E em relação aos seus tipos de células, verificou-se que as células alfas têm cerca de 25% do total de células pancreáticas, as quais são responsáveis pela síntese e secreção do glucagon. Já as células betas são em torno de 60%, encarregadas de sintetizar e secretar a insulina. E as células delta são em torno de 10%, e é responsável pela produção da somatostatina, um hormônio com função de inibir a o glucagon ea insulina. Assim, esses hormônios são essenciais para o controle da glicemia na corrente sanguínea e de outros mecanismos importantes para o organismo saudável. (ALVES, C. M. P 2011)

A INSULINA E SEUS EFEITOS METABÓLICOS

A insulina endógena, ou seja, a insulina que nosso organismo produz é responsável pelo metabolismo dos carboidratos, possibilitando o consumo de energia necessária para nossas atividades diárias. Atualmente, a insulina exógena é produzida fora do organismo, onde é produzida para substituir a insulina sintetizada no pâncreas humano, e é feita na reposição em diabéticos insulino dependentes. (AmericanDiabetes Association; 1998).

A insulina pancreática foi isolada pela primeira vez em 1922, por Banting e Best, uma descoberta que deu um grande passo para o prolongamento da vida dos diabéticos, onde atualmente oferece insulina exógena gratuitamente na saúde básica dada pelo SUS, dando uma chance a mais para os portadores de diabetes no país, praticamente da noite para o dia, a perspectiva para o paciente portador de diabetes

grave de um declínio rápido e morte de uma pessoa praticamente normal (GUYTON; HALL, 2006). A regulação da secreção de insulina é feita fundamentalmente pela glicose circulante. De forma bastante resumida, pode ser dito que o aumento da glicemia causa elevação da secreção de insulina, a qual age nos diferentes tecidos do organismo, aumenta o transporte de glicose para os mesmos tecidos, diminuindo a glicemia. Com a diminuição desta, desaparece o estímulo secretório e conseqüentemente diminui a secreção do hormônio. Estabelece-se um mecanismo importantíssimo dos valores glicêmicos, fundamentais para a manutenção da homeostasia. (Arteaga A. Maiz A., Olmos P1997). No mecanismo de metabolização, existe o Feedback entre a concentração de glicose sanguínea e a taxa de secreção de insulina, refere que com o aumento da concentração da glicose sérica acima de 100 mg/ 100 mL de sangue, a taxa de secreção da insulina aumenta rapidamente, atingindo um pico entre 10 e 25 vezes o nível basal com concentração de glicose entre 400 e 600 mg/ 100 mL. Deste modo, o aumento na secreção da insulina sob o estímulo da glicose é dramático, tanto na sua velocidade como no grau de elevação do nível de secreção de insulina. (GUYTON; HALL, 2006). Enfim, ao se tomar conhecimento acerca destes mecanismos normais do metabolismo da glicose e da insulina, estas considerações fazem-se muito importantes para maiores ressalvas, e basta que todos os profissionais de saúde tenham o diabetes como uma patologia muito complexa, e saibam que seu controle é bastante fácil de conseguir com o tratamento quando devidamente acompanhado.

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES

Diabetes mellitus tipo 1

O DM1 é uma das mais comuns dentre as doenças crônicas da infância e adolescência, acometendo aproximadamente 2/ 3 de todos os casos de DM em criança. Atualmente são estimados cinco milhões de diabéticos com DM1 no país, estimando-se cerca de 300 mil são menores de 15 anos. (NASCIMENTO et al., 2008). Essa patologia quando acomete as crianças, trazem uma grande descarga de sofrimento para elas e suas famílias, assim, na amostra destes dados, mostram a existência de muitos jovens com problemas relacionados ao DM1 (Arteaga A. Maiz A., Olmos P1997). O DM1 caracteriza-se pela deficiência absoluta na produção e conseqüentemente na secreção de insulina, sendo propenso à cetoacidose, o que torna

a insulino terapia um tratamento obrigatório. Na maioria dos casos é consequência a destruição de natureza autoimune das células beta do pâncreas que sintetizam a insulina. Porém, em parte dos portadores essa modalidade de diabetes é de natureza idiopática, ou seja, uma causa desconhecida (BAZOTTE, 2012). A ADA, na atualização de seu periódico anual publica os novos padrões para os cuidados médicos em 2012, onde estes padrões de atendimento são destinados para proporcionar aos médicos, pacientes, pesquisadores, contribuintes, e outros interessados com os componentes de tratamento da diabetes, com a função de ferramenta para avaliar a qualidade dos cuidados.

Assim, nas suas recomendações de triagem e gerenciamento para as complicações crônicas em crianças e adolescentes com DM1, refere que a nefropatia é a principal complicação para esse grupo, e recomenda que se faça o rastreio anual para microalbuminúria (aumento da excreção urinária de albumina acima de 20 $\mu\text{g}/\text{min}$ e menor do que 200 $\mu\text{g}/\text{min}$), submete que se façam coletas de urina para avaliação da relação albumina-creatinina, afim do diagnóstico de complicações das funções dos rins em crianças (de 10 anos ou mais) e adolescentes, ou que já tenha diabetes à pelo menos cinco anos. Recomenda também que na complicação de nefropatia já instalada, o tratamento deve ser baseado em inibidores da ECA quando a relação albumina-creatinina estiver alterada (ADA, 2012).

Enfim, o diabetes do tipo 1 deve ser acompanhado rigorosamente pelo serviço de saúde, e também exige muito do paciente, pois suas complicações são mais severas do que comparados ao do DM do tipo 2, pois necessitam da insulino terapia e dieta regrada dos carboidratos. Eles também estão mais susceptíveis a cetoacidose, que é uma complicação severa, e que será abordada mais a frente.

Diabetes mellitus tipo 2

O DM2 é responsável por cerca 90% dos casos de diabetes, e está associada a complicações macrovasculares e microvasculares, elevando os percentuais de morbidade e mortalidade. Os indivíduos com maior risco de desenvolvimento de DM2 incluem aqueles com glicemia de jejum alterada e tolerância diminuída à glicose e especialmente aqueles com ambas as condições combinadas (SOUZA, 2012). Essa doença é de fácil diagnóstico, mas ainda existem falhas no rastreamento, por isso que existem ainda muitos portadores sem diagnosticado, assim impossibilitando tratamento

ou é formas de controle a partir da mudança do estilo de vida.

O DM2 é uma doença metabólica muito complicada devido sua complexidade, multifatorial e de presença globalizada, contrasta na qualidade e o estilo como vive os portadores, além de levar a uma diminuição um tanto redundante na expectativa de vida dessa população de diabéticos. Estipula-se que os diabéticos podem ter uma redução de quinze ou mais anos de vida, com a grande maioria falecendo devido às complicações cardiovasculares, dentre outras (LYRA et al., 2006).

O número de diabéticos do tipo 2 está crescendo devido ao desenvolvimento em pessoas cada vez mais jovens, pois onde era raro na adolescência, ultimamente nos países industrializados, determinados autores vêm referindo grande aumento da sua incidência nesta faixa etária, com características similares às do adulto. Torna-se relevante que a eclosão de casos de DM2 na infância e na adolescência é decorrente da epidemia global de pessoas obesas e da falta de atividade física, fatores que podem ser mudados por informações de incentivo, pois atualmente mais de 200 crianças e adolescentes desenvolvem a doença a cada dia. Vasconcelos et al., (2009),

Diabetes mellitus gestacional

O diabetes gestacional (DMG) é o problema metabólico mais comum em gestantes, tem a prevalência de 3% e 13% das gestações. É caracterizada como uma intolerância dos carboidratos durante a gestação, e podendo ou não continuar após o parto. Pode representar, às vezes, o aparecimento do DM2 durante o período gestacional. Existem fatores que são levados em conta para desenvolver o DMG, tais como: idade de trinta de cinco anos ou mais, sobrepeso ou obesidade (antes da gestação), ou ainda aumento de peso exagerado durante o período gestacional, histórico diabetes na família, ou seja, um fator genético, baixa estatura (menor que 1,5 m), crescimento do feto excessivamente anormal, polidrâmnio (aumento do líquido amniótico excessivo), hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual, antecedentes de macrossomia ou DMG e síndrome de ovários policísticos (DIRETRIZES SBD, 2009).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008) afirma que há evidências de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de má formações em grávidas com controle metabólico não adequado, caracterizado por glicêmica superior a 130 mg/ dl no terceiro trimestre de gravidez. A sua fisiopatologia é explicada

resumidamente pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, através do estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes para a gestante, tais como: genético ou ambiental. Cita o hormônio lactogênico placentário como o principal causador deste mecanismo, relacionando-o com a resistência à insulina durante a gravidez. Mas, ressalva também que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos nesse processo que a gestante desenvolve.

Recomenda-se que as pacientes acometidas pelo DMG, devem realizar o rastreio ao longo da sua vida para o desenvolvimento do DM2, pelo menos a cada 3 anos. Em mulheres com histórico de DMG, com diagnóstico de pré-diabetes, é necessário que o médico estabeleça mudança do estilo de vida, mais uso de antidiabético preventivo, neste caso o antidiabético, metformina. (GROSS, J. L2012). A importância do diagnóstico do DMG precocemente previne que a gestante portadora não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica, feto macrossômico e risco elevado de pré-eclâmpsia. A macrossomia fetal ainda apresenta riscos para o desenvolvimento de síndromes de angústia respiratória, cardiomiopatia (doença no músculo do coração), icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea. Desta forma busca valores glicêmicos normais, que ao comparados com de uma mulher não gestante, é bem mais inferior, ficando assim:

- Glicose plasmática em jejum < 105 mg/ dL; Glicose de jejum em sangue total < 95 mg/ dL; Glicose plasmática 1h pós-prandial < 155mg/ dL;
- Glicose 1h pós-prandial em sangue total < 140mg/ dL.

Ao exame realizado e obtido o resultado positivo, realizar novo teste confirmatório, na gestante torna-se muito mais complicado, pois qualquer conduta que seja realizada indevidamente pode ser fatal para o bebê. A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008).

Outros tipos de diabetes

Alguns tipos de DM são menos frequentes e podem ser desencadeados por doenças ou pelo uso de alguns medicamentos. Entre outros fatores desencadeadores

do DM, poderíamos incluir: pancreatectomia (retirada do órgão pâncreas), doença pancreática, infecções e endocrinopatias: distúrbios da adeno-hipófise, suprarrenal, células alfa das ilhotas de Langerhans, dentre outros. Afirma ainda que: entre os medicamentos, o uso de corticoides, diuréticos (hidroclorotiazida) e betabloquadores (propranolol) em doses elevadas podem estar associados ao desencadeamento de diabetes. Então, a partir destas considerações, amplia-se o conhecimento sobre o uso dessas medicações, avaliando-se seus riscos desde já, além do mais, são drogas muito utilizadas ultimamente, pois são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BAZOTTE, 2012).

Enfim, é importante sempre que uma pessoa vítima de lesão pancreática causada por acidentes ou qualquer outro tipo de trauma, avaliar seus valores glicêmicos após o trauma para verificações das funções normais deste órgão, que é responsável pela liberação de insulina. E dentre as outras afecções, tratar e verificar também se houve acometimento pancreático.

DIAGNÓSTICO DO DIABETES

A realização do diagnóstico precoce do DM é fundamental para iniciação do tratamento, pois viabiliza a redução de complicações nos seus portadores. É importante seguir critérios para um bom diagnóstico, devendo repeti-lo a fim de obter uma contraprova, de forma a não trazer algum problema para os pacientes, caso inicie um tratamento sem necessidade.

Critérios para diagnóstico do diabetes

Inicialmente, todos e quaisquer diagnósticos do DM devem ser realizados a partir de padrões para que sejam trabalhados comumente entre todos os profissionais de saúde com a finalidade de intervir no rastreio e prevenir as pessoas de complicações com esta patologia. Assim, tomou-se como base para se diagnosticar o DM critérios a partir do periódico da ADA de 2012 (Standards of Medical Care in Diabetes, 2012), que traz as novas atualizações no diagnóstico para o mesmo ano. Assim, os critérios de diagnósticos do diabetes foram descritos na Tabela 1, para um melhor entendimento, seguindo a ADA em 2012 (ADA, 2012).

Tabela 1. Critérios para Diagnóstico do Diabetes. Critérios Comentários

A1C =6,5% = ou = O teste deve ser realizado em laboratório utilizando um método que é Normalizado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) com certificação e padronização do the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).

Glicemia de jejum =126 mg/dl = ou = O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas. glicemia 2 hs após sobrecarga com 75g de glicose:=200 mg/dl = ou = Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.

Glicemia ao acaso =200 mg/dl em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica. Atenção: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes. Fonte: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. Diabetes Care 2012; v. 35, n. 1, p.11-63.

É mostrado na Tabela 1 o exame que possibilita a amostragem da média dos últimos noventa dias da glicemia, a Hemoglobina glicada (A1C), caracterizado por um exame de melhor eficácia e qualidade para o diagnóstico, o único problema para a utilização deste exame é ainda seu custo elevado, assim, para a saúde pública torna-se inviável o acesso em termos de demanda. Conforme padronizado pela OMS, o teste de glicemia realizado após 8 horas de jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) feito por meio da ingestão de 75 g de glicose e verificada a glicemia capilar após duas horas, são exames bastante usados na saúde pública, trazem bons resultados quando feitos de maneira correta. E no teste capilar casual, ou, realizado ao acaso, é aceitável até valores menores que 200 mg/ dL, e quando igual ou maior que 200 mg/ dL é confirmatório. É importante salientar que os pacientes não devem realizar exercício físico ou fumar três dias anteriores ao teste, além de não ingerir carboidratos em valores inferiores a 150 g, visto que dietas com quantidades menores podem ocasionar resultados falso-negativos (SOUZA et al., 2012). Os critérios mostrados na Tabela 1 são importantes que sejam conhecidos por vários dos profissionais de saúde, com o objetivo de um entendimento multiprofissional. Pois quando obtido um diagnóstico conclusivo do DM, é necessário prosseguir com seu tratamento e acompanhamento pelos enfermeiros e médicos na atenção básica, mas como também do oftalmologista,

do especialista em nefrologia, dentre outros especialistas, assim na tentativa de reduzir ou retardar as complicações, que são problemas muito sérios. (SOUZA et al., 2012).

Critérios de diagnóstico para o pré-diabetes

As pessoas que estão propensas a entrarem nas margens hiperglicêmicas do diabético, ou seja, seus valores glicêmicos encontram-se acima do normal (> 100 mg/ gL) e abaixo dos valores de um diabético de diagnóstico de diabetes (> 126 mg/ dL). Esses indivíduos fazem parte de um grupo hoje conhecido como pré-diabetes.

Aproximadamente 25% dos indivíduos com pré-diabetes desenvolverão DM2 em três a cinco anos, um dado um tanto interessante. Portanto essa é uma classe que merece preocupação dos profissionais de saúde, devendo ser rapidamente informados sobre suas situações para que não desenvolvam o diabetes. Pois seu tratamento inicial é fácil, compreende a perda de peso (7% a 10%), mudança de dieta e estilo de vida (SOUZA, 2012).

Ainda, deve-se caracterizar também o grupo daquelas pessoas que correm o risco de desenvolver o diabetes. Atualmente, a ADA (2012) descreve critérios para caracterização laboratorial de pré-diabetes, mostrados na Tabela 2, pois o pré-diabético encontra-se em uma condição clínica presente em boa parte da população desenvolvida. O interesse em descobrir precocemente é imprescindível para o uso de medicações preventivas, como no caso da metformina, que será abordada posteriormente. Então, seguem na Tabela 2 os critérios para o pré-diabetes:

Tabela 2. Critérios de diagnóstico para o Pré-Diabetes ou risco aumentado de Diabetes. Critérios Comentários Glicemia de jejum entre 100-125 mg/dl = ou = Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada". Glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: de 140-199 mg/dl = ou = em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose".

Tabela 2. Continuação. A1C entre 5,7% e 6,4% De acordo com recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico do diabetes e do pré-diabetes. Atenção: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes. Fonte: American Diabetes Association. Standards of medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care. 2012; v.35(Supl.1): pp.11-63.

Assim, entende-se na Tabela 2 que os critérios para o diagnóstico desta categoria referem-se a margem de glicemia intercalada entre os valores de entre 100 e

125 mg/ dl, já no exame TOTG os valores variariam de 140 a 199 mg/ dl e por fim no teste A1C os mesmos devem estar entre 5,7% e 6,4%. Considera-se, desta forma, que a ultrapassagem destas estimativas já caracteriza o paciente como diabético e Teste de diabetes em pacientes assintomáticos. O DM é uma doença silenciosa, pode se desenvolver e não apresentar nenhum sintoma, e por isso deve ser rastreado antes que venha apresentar complicações mais sérias, como por exemplo: problemas cardiocirculatórios, retinopatia, nefropatia, dentre outros.

Então, deve ser considerado em adultos de qualquer idade que estão com sobrepeso ou obeso (IMC > 25 kg/ m²), e que têm um ou mais fatores de risco para diabetes. Em pessoas que não tem fatores de risco, testes devem começar na idade de 45 anos. Se os testes forem normais, a repetição deve ser realizada de três em três anos. Para testar a diabetes ou para avaliar o risco de diabetes futuro, são necessários os exames: A1C (hemoglobina glicada), FPG ou TOTG, onde será administrado 75 g de glicose e observada a glicemia após 2 horas. Naqueles identificados com risco maior para desenvolver futuramente, procurar meios de identificar o quanto antes e se for diagnosticada, tratar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (ADA, 2008).

Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

A ADA (2012) preconiza que haja um Screen na primeira visita pré-natal em todas as gestantes, principalmente naquelas que apresentam fatores de risco observados em gestações anteriores. É recomendado que se realize nos períodos de 24 a 28 semanas de gestação, pelos um exame de TOTG usando um 75 g de glicose líquida via oral após 2 horas, ou glicemia em jejum. Ainda, um Screen para DMG persistente de 6 a 12 semanas após o parto, utilizar um teste diferente da A1C (hemoglobina glicada). Na existência de história de DMG, é importante fazer o rastreio ao longo da vida para o desenvolvimento de diabetes ou pré-diabetes pelo menos a cada três anos. E mulheres com uma história de GDM e por terem pré-diabetes devem receber intervenções de estilo de vida ou a metformina (hipoglicemiante) para prevenir à diabetes.

RASTREAMENTO DO DIABETES TIPO 2

Atualmente, pode-se dizer que muito dos diabéticos não tem conhecimento de sua patologia, passando a procurar os serviços de saúde quando já apresentam alguma deficiência instalada e sinais e sintomas característicos da patologia. Apontar culpados é bem complicado, pois essa doença é verdadeiramente silenciosa, ou seja, não é identificada por uma simples consulta ou diálogo com um paciente, a não ser que apresente sintomas relacionados, mas se deve realizar o teste de glicemia em jejum ou de tolerância à glicose sempre que possível para chegar ao diagnóstico. Para Souza et al., (2012), utilizou-se dos seguintes critérios de diagnóstico para indivíduos assintomáticos: O rastreamento deve ser realizado em todos os indivíduos com sobrepeso que estejam com o índice de massa corporal (IMC) igual ou acima 25 kg/m² e com fatores de risco adicionais: Sedentarismo; Familiar em primeiro grau com diabetes mellitus; Grupos étnicos de maior risco (afroamericanos, latinos, índios, asiáticos, moradores das ilhas do Pacífico); Mulheres com gestação previa com feto com = 4 kg ou com diagnóstico de DM gestacional; Hipertensão arterial sistêmica (= 140/90 mm/ Hg ou uso de anti- hipertensivo); Colesterol HDL = 35 mg/ dL e/ou triglicérides = 250 mg/dL; Mulheres com síndrome dos ovários policísticos; A1C ou HbA1C = 5,7%, TDG ou GJA em exame prévio; Outras condições clínicas associadas à resistência insulínica (ex.: obesidade mórbida, acantose nigricante); História de doença cardiovascular; Na ausência dos critérios acima, o rastreamento do DM2 deve iniciar a partir dos 45 anos.

Se os resultados forem normais, o mesmo deve ser repetido no intervalo de 3 anos, considerando maior frequência dependendo dos fatores de risco iniciais. As pessoas com alto risco devem merecer investigação diagnóstica pelo método glicemia de jejum e/ou TOTG quando possível. Assim, alguns casos serão confirmados como portadores, outros apresentarão alterações na regulação de glicose no corpo, como a tolerância à glicose alterada para menor ou glicemia de jejum alterada para maior, o que confere maior risco de desenvolver diabetes na sua vida (SOUZA et al., 2012).

4. METODOLOGIA

Cenários da intervenção

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano, localizada no município Marau estado Rio Grande do Sul. A UBS faz dois meses foi reformada para ampliar e facilitar o acesso dos serviços, agora tem uma área de recepção, uma sala de espera, dos consultórios, sala de preventivo, consultório odontológico, sala de curativos, salas de vacina, sala de nebulização, sala de utilidades, área de copa e cozinha, farmácia, e sala de reunião. A equipe de saúde está constituída por 5 agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, enfermeira, 2 médicas, farmacêutica, dentista, assistente de dentista e recepcionista.

Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Do total de 219 pacientes diabéticos da UBS, será elencada uma amostra de 60 pacientes que desejem participar na investigação e que tenham condições físicas e mentais. A equipe envolvida será composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Estratégias de ações

Os Agentes comunitários de saúde da Equipe visitarão as casas das famílias onde tem pacientes com doença crônica de diabetes mellitus, realizar-se-á uma breve explicação sobre este problema de saúde solicitando participar das investigações que se realizaram no PSF onde se aplicará um questionário no primeiro encontro para identificar o nível de conhecimentos que possuem sobre o tema. Serão cinco perguntas que correspondem ao conhecimento básico desenhado, segundo revisão bibliográfica, e tendo em conta os objetivos da investigação, compreensível para este grupo de pacientes. Durante este processo, os portadores de diabetes serão reavaliados durante a consulta de enfermagem quanto a hábitos alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e dada como a mensuração da glicemia capilar, pressão

arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Espera-se que a intervenção possa trazer contribuições à prática de profissionais de saúde que se dedicam ao acompanhamento clínico dos portadores de diabetes na atenção primária e com isto aumente a adesão de comportamentos referentes ao autocuidado, uma vez que esta clientela é resistente à adoção de medidas que alterem o seu cotidiano.

Uma vez analisados os resultados do questionário, se identificarão as necessidades de aprendizagem e desenhará uma estratégia. Realizar oficinas educativas para grupos de diabéticos significa aumentar a longevidade desses pacientes, prevenir hospitalizações, diminuindo assim, os gastos em saúde pública e favorecendo o bem-estar destes pacientes.

As atividades de capacitação serão dadas pela técnica de enfermagem, enfermeiro e o médico da equipe de saúde da UBS, serão realizados encontros com frequência semanal com duração de 60 minutos por sete semanas empregando vários métodos e diferentes técnicas educativas e participativas para motivar ao auditório tais como: animação, reflexão, palestras, dinâmica de grupo, projeção, debates de vídeos, entregas de material educativo. Serão conformados quatro grupos de quinze pessoas segundo nível de escolaridade para conseguir assim uma maior eficácia das técnicas empregadas. Os temas serão trabalhados semanalmente.

Proposta de temas da Intervenção educativa

- Tema 1 Diabetes Mellitus: situação atual, conceito, fatores associados à doença e classificação.
- Tema 2 - Efetividade do tratamento não farmacológico e farmacológico
- Tema 3 - Fatores de risco da Diabetes Mellitus.
- Tema 4 - Manejo das doenças associadas à Diabetes Mellitus.
- Tema 5 - Manifestações clínicas gerais e principais complicações da Diabetes Mellitus.
- Tema 6 - Medidas de Prevenção para o controle dos pacientes diabéticos
- Tema 7 - Sinais de alarme da Diabetes Mellitus

Concluída a intervenção educativa se aplicará o mesmo questionário para determinar as mudanças ocorridas no nível de conhecimentos da população participante se convertendo ambos os questionários no registro primário de dados.

6. RECURSOS NECESARIOS

6.1 RECURSOS MATERIAIS

- Folha A4;
- Canetas;
- Balança;
- Esfigmomanometro;
- Computadores;
- Impressora;
- Prontuário dos pacientes;
- Equipo de HGT (glicômetro);

6.2 RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste trabalho sobre as dificuldades no controle do Diabetes Mellitus e a realização dum projeto de intervenção educativa os impactos gerados acho que vai ser muitos significativos principalmente para a população diabética que aumentaria seus conhecimentos com relação a esta doença o qual lhes permitiriam um melhor controle e autocuidado assim como uma aceitação mais favorável com relação as mudanças de hábitos e estilos de vida, se produziria também um aumento na adesão ao tratamento e com tudo este conseguiríamos diminuir as complicações e possivelmente reduzir a mortalidade, além de que teria também uma redução de custos no controle da doença.

REFERENCIAS

1. Diretrizes SBD 2015-2016- Sociedade Brasileira de Diabetes.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA.
3. Diabetes mellitus gestacional. Rev. Assoc. Med. Bras, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 477-480, 2008. Disponível em: . Acesso em: 18 nov. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64
5. ALVES, C. M. P.; LIMA, C. S.; OLIVEIRA, F. J. L. Nefropatia diabética: avaliação dos fatores de risco para seu desenvolvimento. Ver Bras Clin Med, São Paulo, v.9, n.2, p. 97-100, 2011.
6. CHOR D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.64, n.1, p.15-19, 1995.
7. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. Diabetes Care, v. 35, n. 1, p. 11- 63, 2012. Acesso em: 23 out. 2012
8. GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.37-45, 1996.
9. Arteaga A. Maiz A., Olmos P. y Velasco N. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile. 1997
10. American Diabetes Association. Medical Management of Type 2 Diabetes. 4th ed. Alexandria, Va: American Diabetes Association; 1998.
11. AIRES, M. M. et al. Fisiologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
12. Bazotte, R. B. Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
14. BRUNO, R.; GROSS, J.L. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3,6 year followup study. J Diabetes Complications, Nova Iorque, v.14, n.5, p.266-71, 2000.
15. CONHECIMENTOS DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS NA
16. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Priscila de Faria Pereira¹ , Palloma Maciel Chaves Cordeiro² , Laydiane Fátima Duarte de Sousa³ , Heloísa de Carvalho Torres⁴. disponivel em:
17. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009.
18. Sociedade brasileira de diabetes. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
19. GONZÁLEZ, R.G.; PÉREZ, R.S.; ACOSTA, O.M. Comunicación y educación interativa em salud y su aplicación al control del paciente diabético. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, DC, v.2, n.1, p.32-36, 1997.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
21. LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. Prevenção do
22. Diabetes Mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab, Recife, v. 50, n. 2, abr. 2006.

23. VASCONCELOS, H. C. A. et al. Fatores de Risco para Diabetes Mellitus tipo 2 entre Adolescentes. Ver Esc Enferm USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 881- 887, nov. 2009.
24. GUYTON, A. C., 1919-2003. Tratado de fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. HALL, 2006; tradução de Barbara de Alencar Martins... [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
25. SOUZA, C. F. et al. Pré-diabetes: Avaliação de Complicações Crônicas e Tratamento. Arq Bras Endocrinol Metab, Porto Alegre, v. 56, n. 6, p. 275-284, jul. 2012.
26. MACIEJEWSKI, M.L.; MAYNARD, C. Diabetes-related utilization and costs for inpatient and outpatient services in Veterans Administration. Diabetes Care, New York, v.27, p. B69-73, 2004. Supplement 2.
27. TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Riberirão Preto (São Paulo), Brazil. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v.121, n.6, p.224-30, 2003.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. MAIA, F.F.R., ARAÚJO, L.R. Projeto „Diabetes Weekend': Proposta de Educação em Diabetes Mellitus tipo I. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v.46, n.5, p.566- 573, 2002.

Anexo 1 - QUESTIONÁRIO

O presente questionário tem como objetivo é identificar os conhecimentos que você tem a respeito à Diabetes Mellitus. Agradecemos sua cooperação e sinceridade que nos será de grande utilidade para o desenvolvimento do trabalho.

Nome completo: _____ Idade: _____ Sexo: () Feminino ()

Masculino Nível de escolaridade: _____

O que é a Diabetes Mellitus?

Mencione os sintomas mais frequentes que faz que você suspeite um mal controle de sua doença.

Que fatores de risco você conhece que fazem aumentar a glicemia e qual deles é o mais importante?

Quais são as complicações mais frequentes que se pode apresentar?

Que medidas de prevenção você considera importante para o controle de sua doença?

Sistema de avaliação.

Desenho de qualificação do instrumento:

De forma geral se avaliará com um total de 10 pontos.

Bom: 8-10 pontos

Regular: 6-8 pontos

Ruim: menos de seis pontos.