CARLOS MARIO GONZALEZ LOPEZ

AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORAMENTO DO DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABÉTICOS TIPO 2 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DARÍO ANTÚNEZ.

BELÉM, PARÁ

2017

CARLOS MARIO GONZALEZ LOPEZ

AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORAMENTO DO DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABÉTICOS TIPO 2 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DARÍO ANTÚNEZ.

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: Warley Simoes

BELÉM, PARÁ

2017

RESUMO

O conhecimento da DM (Diabetes Mellitus) na Atenção Primaria a Saúde fica muito relacionada com a melhora da qualidade de vida, a redução do número de complicações e menor número de mortes por esta doença. No presente portfolio se faz um recorrido pelas principais atividades realizadas na Atenção Básica. Um caso clínico onde abordamos uma paciente idosa, hipertensa e diabética, desenvolvendo todos os procederes realizados a cada dia em nas consultas médicas. Além disso abordamos no segundo capitulo as atividades de promoção e prevenção que se realizam com pacientes com estas doenças como parte da Educação em Saúde. Posteriormente se narra o acontecer duma Visita domiciliar outra das atividades importantes no trabalho que nos acerca à realidade de nossos pacientes, se falarmos das vantagens podemos ter que ajuda a proporcionar o conhecimento sobre o indivíduo para possibilitar a prestação da assistência integral ao paciente e uma melhor visualização do contexto familiar assim como um melhor relacionamento profissional-paciente-família. Finalmente se espoe um Projeto de Intervenção que tem como base uma estratégia de intervenção comunitária em pacientes diabéticos tipo 2 na unidade básica de saúde Dario Antunes. Município Uruará. A estratégia de intervenção foi realizada entre no período desde setembro 2016 até agosto 2017, sendo que ao longo do processo foram desenvolvidas ações de monitoramento e de ajustes no mesmo. A população foi composta por todos os pacientes diabéticos, 91 pacientes pertencentes à Unidade Básica de Saúde Dario Antunes. O objetivo promover a adesão ao autocuidado e reduzir a ocorrência de complicações no âmbito da atenção primária à saúde em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, na Unidade Básica de Saúde Dario Antunes. Inúmeros serão os benefícios destas ações para os pacientes com Diabetes Mellitus que aumentassem seus conhecimentos sobre DM e assim melhorarem sua qualidade de vida. Palavras-chave: Fatores de Risco. Diabetes Mellitus. Educação em Saúde

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Complicações do diabetes, Diabetes mellitus tipo 2, Promoção da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 8

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 13

5. VISITA DOMICILIAR 19

6. REFLEXÃO CONCLUSIVA 23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO 27

1. INTRODUÇÃO

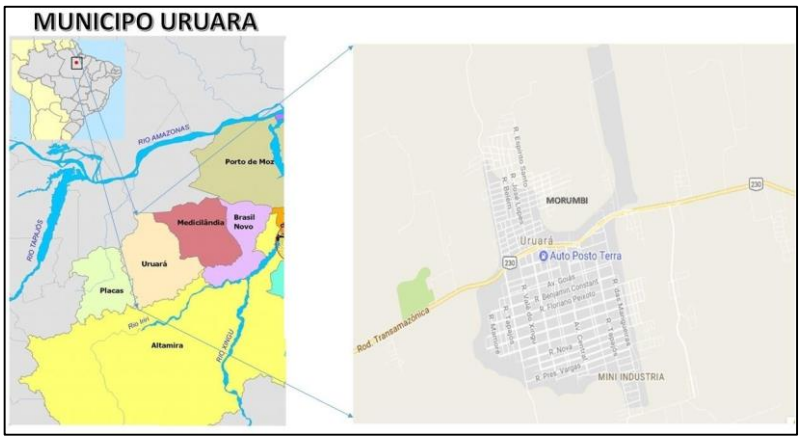
Meu nome é Carlos Mario Gonzalez Lopez, de nacionalidade cubana, graduado na Universidade de Ciências Medicas de La Camaguey desde o ano 1995, Especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 1999, sou máster em Adulto Mayor e professor instrutor da Faculdade de Ciências Medicas Ciego de Ávila, cumpri missão internacionalista na Venezuela por 7 anos e Guatemala por 3 ano, desempenhando-me como médico da atenção básica. Neste momento me encontro cumprindo missão internacionalista no Brasil, estado Pará, município Uruará, desde o mês de dezembro do 2015. Trabalho na Unidade Básica de Saúde(UBS) Dario Antunes como também conhecida Posto de Morumbi, localizado na rua Mamoré s/n do barrio Morumbi.

Uruará é um município brasileiro do estado do Pará, pertence à mesorregião Sudoeste Paraense e à microrregião de Altamira. A sede municipal apresenta as seguintes coordenadas geográficas: 03°42'54" de Latitude Sul e 53°44'24" de Longitude a Oeste de Greenwich, com uma área territorial de 10.791,371 Km² e uma população de 44.789 habitantes(IBGE2014). Seus limites são: ao Norte Prainha e Medicilândia; a este Medicilândia e Altamira; ao Sul Altamira e a Oeste Santarém. Teve origem num povoado surgido nos anos 70, tendo sido criado o distrito, pertencente ao município de Prainha, em 1984. Em 1989 obteve a autonomia municipal. Atualmente o município passa por mudanças devido a migrações em especial de pessoas oriundas do sul e sudeste é notório a movimentação em casas de construção e a expansão de novos bairros, havendo aumento de bairros periféricos e insegurança no tocante a segurança pública.

Pousei uma população em torno de 45 mil habitantes, tem recebido diversos investimentos, que vem fazendo sua economia fluir. Sua economia no agronegócio e na extração de madeiras, na qual a cidade enfrenta problemas, depois vem o cacau, urucum e a pimenta do reino com diversos produtores e comerciantes na cidade. Existe também uma grande quantidade de gado de corte e de leite possuindo no ano de 2006 um total 216.433 mil cabeças de bovinos. No final da década de 70, chega a Agrópoles Uruará, mais professores oriundos da Instituição Religiosa La Salle e outros, que se fixaram e encamparam a luta educacional, implantando o Ensino Fundamental. No município tem 12 UBS, quatro delas na zona urbana e o resto nas zonas rural, além tem um Hospital Municipal com serviço de emergência, laboratório, RX, Ultrassom, salão de parto e centro cirúrgico, mas não e possível a maioria das

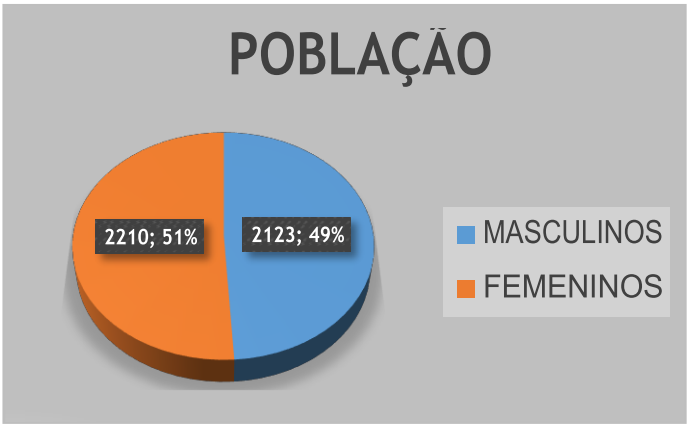
vezes prestar atenção adequada aos doentes pela falta de recursos material es que apresenta o mesmo.

Figura 1 - Ubicacion de Uruara



Na Unidade Básica de Saúde(UBS) Darío Antúnez. Tem total de população de 4333 habitantes. Funciona de segunda a sexta nos horários 7:30 ás 5.30pm, em quanto à infraestrutura, a unidade apresenta: sala de sinais vitais, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de grupos/reuniões, sala de curativos, sala de limpeza e esterilização de materiais (área limpa e área suja), cozinha, sala de armários e limpeza, quatro banheiros (um para funcionários, um para pacientes no consultório, dois para pacientes em sala de espera, três consultórios de medicina/enfermagem, almoxarifado, recepção e farmacia. O estacionamento localiza-se na área lateral à unidade, e os resíduos são armazenados em dois armários localizados na área externa, atrás da unidade.

Figura 2 –



A unidade possui um equipe de Saúde da Família (ESF), que totalizam duas enfermeiras, dois médicos, três técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de limpeza, odontologista e um Nafs. As áreas de abrangência além do bairro de Darío Antúnez (Morumbi -território da EBS) incluem –se os bairros Pimentolandia, Centro, Baixada, chácaras anexas ao bairro Morumbi, e a área rural que corresponde ao km 190 sul e km 201 sul. No bairro Morumbi a maioria dos domicílios é de madeira com aceso a rede elétrica. Quanto ao abastecimento, à maioria da população possui poço em sua residência, fazendo uso de agua sem tratamento, no território não há redes de esgotos, a maioria dos domicílios possui fossa sem tratamento séptico. A coleta de lixo é realizada uma vez por semana exigindo dos moradores um maior acondicionamento do lixo até a coleta. Há duas escolas públicas.

As consultas agendadas incluem pré-natal, prá-nenê, HIPERDIA(hipertensos e diabéticos), saúde mental, odontologia, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher e outras demandas. Além disso, há visitas domiciliares, realização de coleta de exame citopatológico; testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites e o aconselhamento pré e pós teste; distribuição de medicamentos e materiais especiais (e.g. dietas enterais, sondas, cateteres, etc.); realização de curativos e outros procedimentos (e.g. aplicação de medicamentos), vacinação e esterilização de materiais. Dentro das principais demandas atendidas nas consultas temos as Doenças respiratórias, digestivas, parasitismo intestinal, gravidez na adolescência, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Asma, Saúde Mental.

Trabalhamos segundo os princípios da Atenção Básica e damos vital importância às atividades de promoção e prevenção. Atualmente formados diversos grupos para este trabalho o Grupo de Convivência, o Grupo de Asma, Roda Materna, Grupo de Caminhadas, Tabagismo e Grupo de Faltosos são mantidos na Unidade. A nossa chegada identificamos vários problemas na comunidade dentro de eles encontramos uma alta incidência de Diabetes Mellitus tipo 2. A doença tem sido controlada no município, no final do ano de 2014, apenas 2,1% da população eram portadores da doença. Na UBS, em 2015, foram registrados um aumento no número de pacientes, ocasionando um total de 23 casos novo diagnosticados, com Diabetes Mellitus. Sendo justificado assim o nosso projeto de intervenção (Anexos) com o desenvolvimento de uma intervenção comunitária para Diabetes Mellitus do território e melhorar o conhecimento sobre o tema abrindo um caminho para futuras

intervenções que melhorem a modificação de estilo de vida e redução da incidência de Diabetes Mellitus tipo 2.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Os casos complexos estudados e discutidos até o momento são o reflexo de situações de atendimento de pacientes com doenças em minha área de saúde no município de Uruará, UBS Sergio Antunes localizada na área de Morumbi. No dia a dia afrontamos pacientes com diversas doenças crônicas transmissível e não transmissível e pacientes com situações econômica e social degradantes assim como multiplex fatores de riscos similares aos apresentados nos casos complexos estudados anteriormente.

Ao chegar ao Brasil encontramos casos muito similares aos tratados em outros países, mas também encontramos doenças diferentes, y fundamentalmente alta prevalência e incidência de situações que são muito susceptíveis para o paciente de maneira individual e para às famílias em geral, sobre uma dessas situações trata se nosso caso, os nomes simplesmente com iniciais preservando a confidencialidade do paciente. A continuação descrevemos uma família cadastrada em minha área de abrangência, atendida no posto de saúde e com acompanhamento das patologias diagnosticadas assim como os fatores de riscos associados.

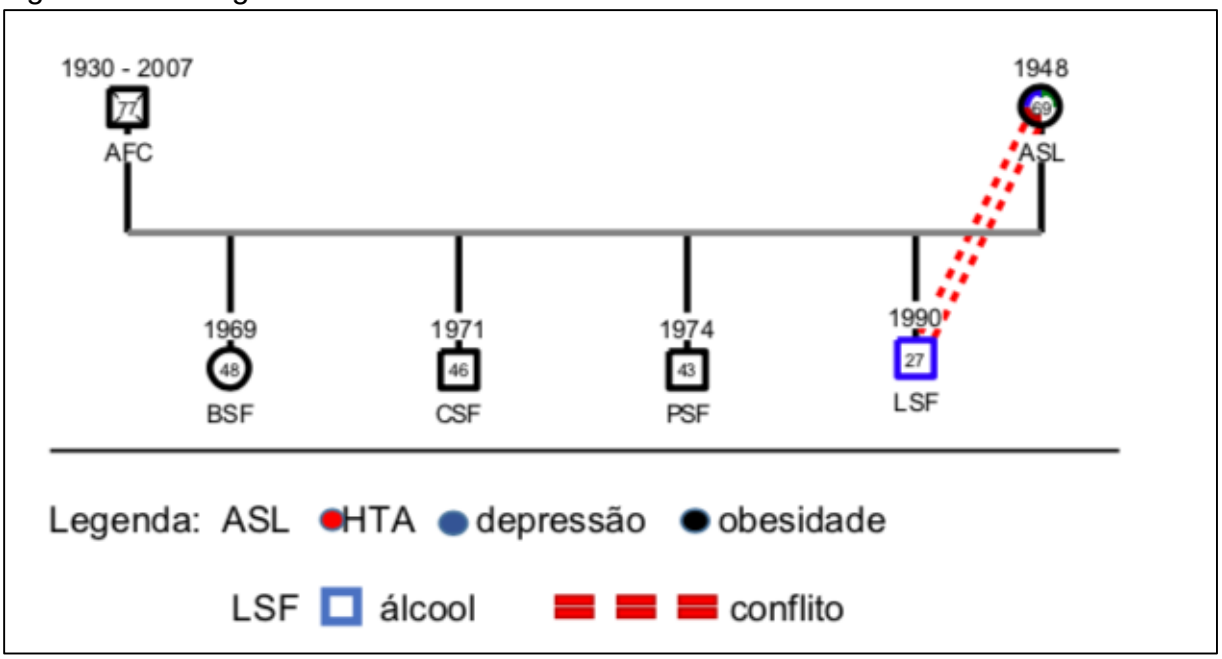
Trata se de ASL, mulher de 69 anos de idade, raça negra, aposentada, dona de família, mãe de quatro filhos, veiúda, obesa, HTA (para qual tem tratamento com enalapril 20 mg e anlodipina 5 mg ambos 1 comprimido a dia), que mora em uma casa de madeira com piso de terra, agua de posso não tratada, uma sola habitação, com frequência apresenta dor de cabeça para o qual toma Paracetamol ou Dipirona não resolvendo a maioria das vezes, fala que na noite ela vai muito a banheiro a fazer xixi, toma muita agua e sempre tem fome sente fraqueza, tonturas, as vezes câimbras nas pernas que impossibilita fazer as labores domesticas.

A filha maior BSF mora em Belém não visita a sua mãe tem 10 anos, os dos filhos do médio são casados e moram no mesmo povo mas não visitam a ela com frequência pões trabalham e referem não ter tempo, LSF de 27 anos, solteiro, filho mais pequeno dela mora com dona ASL, trabalha na serraria mas não ajuda à mãe com os gastos da casa pões ele bebe todos os dias e gasta o dinheiro em álcool, chegando todos os dias a sua casa bêbedo e brigando com sua mãe. R, vizinha de

esta família escuta todos os dias as brigas de ASL com seu filho e comenta no posto de saúde a preocupação que ela tem com respeito a esta situação pões ASL queixa as manhãs quando acorda de muita dor de cabeça e ela pensa que pode ser a causa das brigas com seu filho, sugerindo a enfermeira e medica fazer uma visita domiciliar a casa de Dona ASL.

Genograma da família

Figura 3 – Genograma



Na reunião da equipe de saúde do mês a enfermeira comenta sobre o caso falado por R e propõe a C agente comunitária de saúde (ACS) desta área agendar uma visita domiciliar na próxima semana para fazer atendimento a esta família.

Chegado a quarta feira eu (Doutor), enfermeira e ACS visitamos a casa de ASL, ela se encontra sentada na cadeira e refere que fica cansada, com dor de cabeça, refere não dormir bem na noite, , já que não logra conciliar o sonho, fala que sempre tem fome e na noite vai muito a fazer xixi, diante a conversa com ela chora e fala que quer morrer. Ao exame físico eu encontro: FR 16 ipm, PA 140/80, FC 85 bpm, noto a ASL nervosa, agitada, e não para de chorar. Eu e a enfermeira fazemos uma conversa com ela para que assista a hospital a fazer um os exames de rutina, mas ela refere que não tem quem acompanhe, mas a agente comunitária brinda- se para levar a ela a hospital e finalmente Dona ASL aceita. Aos dias seguintes ASL assiste ao posto de

saúde acompanhada da ACS e com os resultados dos exames solicitados, notasse a ela mais animada e falando de forma diferente, refere que se sente algo mais animada, olho os exames e avalio os resultados.

- Hemograma 12,8 g/dl
- Hematócrito 29,8 %
- Glicemia 224 mmol/l
- Colesterol 339 mmol/l
- Triglicerídeos 241 mmol/l
- Creatinina 1,2 mg/dl Ácido Úrico 4 mg/dl
- Hemoglobina glicada 8.1 %
- Teste de tolerância oral: 245 mg/dl TGP 25 UI
- TGO 35 UI
- ECG Normal

Nós analisando os resultados senhora ASL pode afirmar que estamos em presencia de diabetes mellitus tipo 2 com hipercolesterolêmica descompensada realizar um diagnóstico seguro, resultados laboratoriais mais fatores de sintomatologia e de risco associados com o paciente, até o momento pelo que eu explico a necessidade de fazer tratamento correto (medicamentos para diabetes e hipercolesterolêmia) e continuo para obter cifras normal de sua glicemia assim como explicar a importância de fazer mudanças nos estilos de vida e alimentação, a pratica de exercícios, caminhadas, baixo consumo de sal, óleo, farinas etc., para evitar complicações cardiovasculares , neurológicas, renal, oftalmológicas entre outras.

A Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e ou da capacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. E uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, e doença cardiovascular.

Quando analisamos o caso da senhora ASL e sua família ficamos em presença de uma família disfuncional, pela perda de seu esposo tem algum os anos, o qual ela ainda não se recupera, os filhos dela não visitam com frequência, a filha mais velha tem 10 anos que não preocupa se por visitar lá, o filho mais pequeno bebe álcool, além que

não ajuda com os gastos da casa. A relação com seu filho não e boa, este briga com ela todos os dias e provoca um estado depressivo em sua mãe que leva a ela a ter desejos de morrer, pões se sente sozinha e abandonada por seus filhos maiores. Eu acho que tendo em conta que a consulta medica deve ser centrada na pessoa como um todo eu indico agendar consulta para ASL para o dentista para detectar afecções buçales infecciosas que podem levar ao desconforto da saúde.

Indico além agendar consulta com o NASF fundamentalmente o psicólogo, nutricionista, assistente social, psiquiatra, e muito importante além mas é impossível avaliar com cardiologista, nefrologista e oftalmologista para determinar possível complicações e danos provocados pela Diabetes, além de continuar de forma periódica as visitas domiciliares para esta família e acompanhamento pela ACS.Se precisa uma conversa com o filho de ASL para incentivar e convencer a ele dos riscos e danos do álcool, avaliar com psicólogo e fazer tratamento para abandono do habito, explicar as doenças de sua mãe e riscos de complicações que ela pode ter pelo que se indica esta tarefa a ACS visitar a LSF para convencê-lo assistir ao posto. Lá semana seguinte ao chegar ao posto me fala a enfermeira que o filho de ASL quere atender-se em consulta para avaliar a possibilidade de tratamento para deixar de beber pões a ACS falo com ele e explicou os riscos e consequências que trouxe para a saúde o habito de beber.

Fazemos consulta com ele e mostrasse muito interessado neste tratamento além que falamos para ele as doenças que apresenta sua mãe e os cuidados que deve ter com ela para evitar complicações e até a morte, eu fico muito preocupado e se compromete a trocar os estilos de vida. Um mês depois voltamos a visitar a casa de Dona ASL para fazer acompanhamento de sua Diabetes encontramos a ASL fazendo manualidades com melhor estado de ânimo, já não tem sintoma se sente bem e até quer participar em atividades desenvolvidas no posto de saúde para pessoas idosas, sua pressão fica ótima e refere dormir melhor além que seu filho a feito troques na vida dele, ela se amostra muito feliz e agradece ao EBS pela ajuda para com ela e seu filho. Pelo que consideramos que nossa equipe de trabalho a desempenhado um labor de prevenção y promoção muito eficaz com a família de ASL com conhecimento adquiridos a longo do curso cumprindo assim nosso objetivo de trabalho que é obter melhoras na qualidade de vida dos pacientes que são nossa razão de ser.

Seguem artigos publicados sobre diabetes por Garcia R, Suarez R. Educação para pessoas com diabetes mellitus em cuidados de saúde primários demostram que

obesidade, e hipercolesterolêmia são principales fatores risco para diabetes mellitus.

- Estudos realizados pelos autores PEREIRA F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. afirmam que além da terapia farmacológica, mudanças no estilo de vida devem ser sempre estimuladas
- O. Díaz Díaz Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. Suplemento. (10). 2000: 1-10.
- Declaração das Américas sobre Diabetes. Panam Touro Saúde Org. 2000; 30 (3): 261-5.
- SEUC Armando H., Emma Dominguez, Oscar Díaz Díaz. Ajustado diabetes esperança de vida. Cubana EndócrinoRev. [periódico na Internet]. Dezembro de 2003 [citado 12 de maio de 2007]; 14 (3): Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532003000300005&lng=es
- Socarrás M, Branco AJ, Vazquez VA, Gonzalez HD, fatores de risco Licea PM E. para doença aterosclerótica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 med. cubano Rev. [periódico na Internet]. Junho de 2003 [citado em 12 de maio de 2007]; 42 (2): 108-112. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232003000200003&lng=es
- Weitzman S, Wang C, Rosamond WD. A diabetes é um infarto independente? O (AtherosclerosisRisk in Communities) ARIC estudo de vigilância. Lei Diabetol. [Periódico na Internet] 2004 [citado em 10 novembro de 2007]; 41: 77-83. Disponível em: http://www.springerlink.com/content/uyaxdulr39p280dn/fulltext.pdf

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Promoção da Saúde (PS) é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela OMS. A Promoção de Saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la.

A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico.

Por outra parte as ações preventivas podem ser definidas como intervenções desenvolvidas para se evitar o surgimento de doenças específicas, através da detecção, do controle e da mitigação dos fatores de risco dessas enfermidades (Czeresnia, 2003; Buss, 2003). São exemplos de estratégias preventivas: os programas de rastreamento populacional do câncer, campanhas de vacinação contra doenças infecciosas, atividades para a conscientização da população sobre os riscos do tabaco e a aplicação de normas de segurança contra acidentes.

A minha chegada a esta Unidade de Saúde encontramos uma população necessitada de atenção médica e mais que isso necessitada de conhecimentos para evitar as doenças e suas complicações. Foi por isso que decidimos trabalhar em conjunto todos os integrantes da equipe de saúde, e enfocar nosso trabalho na Promoção e Prevenção oferecendo os conhecimentos necessários para cuidar a saúde de todos. Como parte desse trabalho organizamos vários grupos de educação em saúde dentro deles: Grupo de Convivência, de Caminhada, de Asma, de Adolescentes, de Tabagismo, Hiperdia (para hipertensos e diabéticos) e nas ações realizadas junto a minha equipe destacamos em nossos atendimentos: O pré-natal, puericultura e saúde mental.

Um Pré-Natal adequado são muito importantes para o bem-estar da mulher grávida e seu filho. Através de assistência pré-natal, o médico pode monitorar o

progresso da gravidez e preparar a mãe para o parto e criação dos filhos. com todos os cuidados necessários traz um resultado desejado por todos, uma criança saudável, boas condições de saúde para a mãe e um bem-estar físico, mental para a família.

Consideramos que a gestação é um período na vida da mulher que compromete a todas as pessoas que convivem com a futura mãe dai a importância de oferecer conhecimentos sobre este período a todas as mulheres em idade fértil y abordar o relacionado com a gestação em mulheres grávidas, esposos e familiares.

Puericultura: Ações de acolhimento de crianças são muito importantes para o médico e a família da criança através dele pode impedir que diferentes fatores que podem afetar o desenvolvimento normal da criança realizando diferentes ações de prevenção e promoção: aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, Busca ativa de recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade Saúde mental o apoio matricial objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo; retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência; duas dimensões de suporte assistencial técnico-pedagógico.

O objetivo de cada um deles tem sido até agora oferecer as ferramentas necessárias para evitar crises, complicações, aumentar conhecimento sobre fatores de risco em pessoas saudáveis e para isso fazemos atividades educativas em grupos, participativas, palestras.

4. REFLEXÃO

A maior parte das pessoas, quando ouvem falar em “Saúde Mental” pensam em “Doença Mental”. Mas, a saúde mental implica muito mais que a ausência de doenças mentais. Pessoas mentalmente saudáveis compreendem que ninguém é perfeito, que todos possuem limites e que não se pode ser tudo para todos. Elas vivenciam diariamente uma série de emoções como alegria, amor, satisfação, tristeza, raiva e frustração. São capazes de enfrentar os desafios e as mudanças da vida cotidiana com equilíbrio e sabem procurar ajuda quando têm dificuldade em lidar com conflitos, perturbações, traumas ou transições importantes nos diferentes ciclos da vida.

A Saúde Mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, idéias e emoções. Estima-se que em 2020 os transtornos mentais representarão a principal causa de incapacitação dentre os problemas de natureza medica, acarretando um impacto econômico considerável, o que enfatiza a necessidade da intervenção precoce para mudança desse panorama. No Brasil, os recursos humanos são escassos: cerca de 300 psiquiatras especializados na Infância e Adolescência para atender a aproximadamente 9 milhões de crianças e adolescentes com transtorno mental moderado.

A promoção da saúde mental infantil é vital para qualquer sociedade porque: (1) são comuns os problemas infantis de foro psiquiátrico; (2) um número significativo destes problemas têm mau um prognóstico; e (3) muitas perturbações na idade adulta têm as suas raízes em factores de risco da infância. Para além disso, há evidência que indica que a prevenção de saúde mental na infância pode ter um importante impacto positivo quer ao micro-nível, para as crianças e suas famílias, quer ao macro-nível, para as instituições e comunidades.

A prevenção primária tem como objetivos evitar o aparecimento de um transtorno mental e, assim, reduzir a incidência na população (número de casos novos em um período de tempo específico). Um exemplo são as campanhas educativas sobre os riscos do uso de álcool e drogas. A prevenção secundária visa à identificação precoce e ao pronto tratamento de portadores do distúrbio, para a redução da prevalência na população (número total de casos existentes em um determinado período de tempo) e do tempo de duração do distúrbio. A prevenção terciária busca a redução da prevalência de incapacidades residuais, para que as pessoas com doença mental

crônica alcancem o nível mais alto de funcionamento possível. Mais o que considera-se TER SAÚDE MENTAL :Estar bem consigo mesmo e com os outros;aceitar as exigências da vida;saber lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis, mas que fazem parte da vida;reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário. Demos ter em conta que todas as pessoas podem apresentar sinais de sofrimento psíquico em alguma fase da vida.

Agora que podemos fazer para ter uma boa saúde mental o manter uma saúde mental em dia :Mantenha sentimentos positivos consigo, com os outros e com a vida; aceite-se e às outras pessoas com suas qualidades e limitações; evite consumo de álcool, cigarro e medicamentos sem prescrição médica; não use drogas; pratique sexo seguro; reserve tempo em sua vida para o lazer, a convivência com os amigos e com a família; mantenha bons hábitos alimentares, durma bem e pratique atividades físicas regularmente. O reconhecimento precoce de condições como depressão, abuso de substâncias, psicose e transtorno bipolar sabidamente reduz o seu impacto para o indivíduo, minimiza a chance de progressão para um curso crônico e reduz as consequências sociais e econômicas no longo prazo. Além disso, o entendimento de que a transição da saúde para a doença mental é um processo, oferece uma chance de reconhecer os indivíduos em risco e de atuar preventivamente.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o local privilegiado para atuação em saúde mental ,a efetividade das ações da equipe de saúde da família depende, entretanto, da possibilidade de um intenso trabalho de territorialização, que vai desde o reconhecimento do território, suas necessidades e potencialidades, até a ação direta dentro da comunidade .A prevenção na saúde mental nosso posto de trabalho está estabelecida por meio de uma abordagem educativa , tendo com o objetivo de evitar hábitos que possam favorecer o aparecimento de alguns transtornos mentais. Neste nível de prevenção devemos realizar campanhas de higiene e saúde pública, cuidados primários, dando atenção especial a grupos de alto risco como são os adolescentes, neste cenário nos profissionais de atenção básica podemos jogam um importante rol pelo fato de acessibilidade a nossa população e o rapport estabelecido nosso atuar diário interagindo quanto com o indivíduo quanto com sua família.

Embora e muito importante detectar a tempo fatores de risco de doença e transtornos mentais e do comportamento tendo em conta o médio onde o indivíduo se desenvolve, sua história de vida, os aspetos genéticos, ambientais sócias, econômicos e de outra índole que possam favorecer o desenvolvimento de agravos

tales como o alcoolismo, consumo de drogas o propiciar a aparição de depressão, ansiedade dentre outros. Algumas das propostas para prevenção da saúde mental no contexto da atenção primária à saúde, que são realizadas no âmbito da minha UBS são:

- Realização de campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio.
- Criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais
- Fornecimento de programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente
- Acrescentamento do vínculo dentre as ESF e a equipe do NASF visando o estabelecimento de convênios de trabalho que aprimorem o diagnóstico precoce, controle e tratamento das doenças mentais.
- Involucrar a gestores sócias em campanhas de promoção de saúde mental desde as escolas visando a sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares.

Constitui um problema identificado as doenças crônicas não-transmissíveis de saúde principalmente, diabetes mellitus 2 por isso que também vai discutir o caso de promoções pricncipales fazemos neste grupo, porque é parte do nosso trabalho.

Consideramos como parte da promoção e prevenção atividades, tais como:

- Identificar todas as pessoas com diabetes mellitus.
- Realizar grupos de discussão sobre fatores socioculturais e de risco que influenciam na aparição de diabetes mellitus na comunidade.
- Atividade educativa em grupo e com equipe multiprofissional, para apoio terapêutico às pessoas portadoras de diabetes mellitus.

- Realizar atividade educativa em grupo sobre responsabilidades pessoal, consequências e complicações da diabetes mellitus
- Nossa equipe realiza palestras sobre alimentação saudável, pratica de atividade física, consumo de vegetais, fatores de risco desfavoráveis como obesidade, sedentarismo, cigarrinho, consumo excessivo de sal, para ampliar o conhecimento sobre cuidado e controle das doenças crônicas,

Orientações que fazemos soubre uma alimentação saudável para pessoas com DM.

- Realize de cinco a seis refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
- Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os diet, zero ou light. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
- Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais.
- Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus.
- Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias
- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.
- Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).
- Consuma peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana.

- Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.
- Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício.

Resumindo corresponde as ESF jogar seu papel no contexto de prevenção e promoção da saúde mental fazendo uso de todas as ferramentas de trabalho possíveis afim de obter o bem estar biopsicossocial de sua população

5. VISITA DOMICILIAR

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. (Abrahão, Lagrange , 2007) Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (Abrahão, Lagrange , 2007). No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época. (Pereira, Mishima, Fortuna , Matumoto ,2004). A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década. (Abrahão, Lagrange , 2007).

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, (Brasil ,2006)que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário. Se falarmos das vantagens podemos ter que ajuda a proporcionar o conhecimento sobre o indivíduo para possibilitar a prestação da assistência integral ao paciente e uma melhor visualização do contexto familiar (habitação, higienização; etc.) assim como um melhor relacionamento profissional-paciente- família, fora do contexto formal e isso não quer dizer que seja algo não planejado ou fora do regulamentado, mas o tempo de contato é um pouco maior que na consulta e os pacientes mostram uma maior liberdade para expor seus problemas.

Na equipe da saúde da família, a visita domiciliar (VD) é uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, uma ferramenta que faz parte do cotidiano de trabalho, sendo os agentes comunitários de saúde (ACS), quem visitam diariamente às famílias. Os demais componentes da equipe a realizam por solicitação dos ACS, outros membros da equipe ou a comunidade. Deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Realizamos as visitas domiciliar uma vez por semana, a quintas-feiras. Discutimos entre os membros da equipe sobre as solicitações das VD e programação do agendamento conforme as situações de risco vulneráveis.

Estabelecendo o espaço de tempo em que deve ser realizada a visita se é urgente ou pode ser agendada para a próxima semana. Anotamos o endereço do paciente e o número do prontuário e ACS responsável pela área. Realizamos visitas a pacientes crônicos como hipertensos, diabéticos, acidentes vasculares encefálicos, pacientes acamados com dificuldade na deambulação, com doenças crônicas degenerativas, pacientes sem adesão ao tratamento, idosos sem cuidador, portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, Hanseníase, Tuberculoses. Os faltosos nas consultas, crianças recém-nascido e puérperas nos primeiros 7 dias, crianças com atraso no desenvolvimento ou crescimento, faltosos as consultas ou atraso nas vacinas. Gestantes de alto risco, entre outros casos preconizados na literatura. Nos inicios só conseguíamos a participação dos ACS, sem cumprir o

preconizado na literatura, mas após a organização da ESF conseguimos incorporar o enfermeiro e a assistente de enfermagem, não conseguindo ainda a participação do técnico em saúde bucal e cirurgião dentista, aspecto que devemos melhorar.

Geralmente as visitas domiciliares que nós realizamos com mais frequência são aos pacientes crônicos, pacientes acamados com dependência quanto ao atendimento de suas necessidades, paciente idoso incapaz de se deslocar até UBS por dificuldades de deambulação. Na visita domiciliar realiza-se a consulta médica para avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma e esclarecer à família sobre os problemas de saúde e realizar o plano de cuidado do paciente. No caso dos acamados iniciamos pela abordagem clinico, fazemos ênfases com relação às úlceras de decúbito (escaras), favorecido pela ausência de mobilidade.

Orientamos os cuidadores sobre a importância da mudança de posições no paciente de 2h em 2 horas para evitar sua aparição. Avaliamos estado nutricional do paciente, tipos de alimentos estão sendo ofertados e fazemos orientações sobre boa alimentação e cuidados com os horários. Também abordamos a higiene pessoal do paciente, o uso de fraldas geriátricas e boa limpeza após eliminações. O banho diário em cadeira de banho, hidratação da pele com fricções na pele e nas costas com cremes hidratantes. Muitas vezes o paciente não tem possibilidades de comprar as cadeiras de banho, as fraldas e nos damos um relatório para sua aquisição pela prefeitura de graça. Também avaliamos as necessidades para o cuidado e tratamento, no caso de precisar de medicamentos, prescrevemos o receituário e orientamos sobre a importância de administrar no mesmo horário, via e quantidade certa.

Outra orientação é sobre os cuidados emergenciais, como proceder em situações de emergência. Outros aspectos que nos avaliamos na visita é a estrutura familiar, as relações entre os familiares e o paciente, além do grau de envolvimento com o caso. As características do domicilio, habitação onde a paciente mora, na minha área existe dificuldades nas condições estruturais das casas com pouca ventilação, pacientes acamados na sala da casa e a família com poucos recursos financeiros para realizar reformas. Além disso, realizamos promoções da saúde e prevenção de doenças e complicações. Traçamos planos de cuidado e nas próximas visitas vamos falando a respeito de cada aspecto e construímos a evolução do caso à medida que os resultados atingidos permitam traçar um novo panorama. A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades

identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática. À equipe nuclear da ESF cabe a responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência.

A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e de contra referência (Brasil, 2016) No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco. Nesse sentido, a Visita Domiciliar pode considera-la no contexto de educação em saúde como uma importante ferramenta capaz de contribuir para a consolidação de novas práticas de saúde e, consequentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, garante atendimento integral por parte dos profissionais, tornando- se importante a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida. Uma equipe unida que trabalha por uma Comunidade Saudável.

6. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A minha chegada ao Brasil como parte do Programa Mais Médico iniciei meu trabalho numa Unidade de Saúde, basicamente achando que seria muito similar a meu tramalho como médico de família nos últimos 14 anos, mas encontrei similitudes e muitas diferenças, doenças que nunca tinha enfrentado, uma população que mora em situação precária, com nível educacional baixo. De inicio pensei seria bem difícil com todo isso unido a diferenças do idioma parecia algo insuperável.

Com o Curso de Especialização em Saúde da Família as expectativas foram muitas devido as grandes diferencias na atuação médica de meu pais com o Brasil, mais por meio do curso é conseguido conhecer as politicas de saúde em Brasil, as caraterísticas e desenvolvimento de saúde, modelos de atuação, protocolos, e em geral melhorar a qualidade de vida de meus pacientes, provocando mudanças em seus estilos de vida. Eu desacostumada a um curso a distancia através de internet, numa plataforma que requeria muita prática, dificuldade com o acesso e muitos outros inconvenientes foram obstáculos que pouco a pouco fomos vencendo, a prática do idioma através de linguaje oral e escrito contribuiu a um melhor entendimento do português, melhorando a compreensão nas consultas medicas com o paciente e vice-versa. A saúde da família possui um papel importante na promoção, prevenção e controle de muitas doenças que existem na comunidade.

Torna-se um desafio para as Equipes de Saúde da Família levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida na população. A realização do Curso de Especialização de saúde da Família é muito enriquecedora para nossa atuação na área da atenção primaria da saúde, porque está voltada em promover a qualidade de vida e intervir nos fatores que colocam em risco, além de permitir a identificação precisa e o melhor acompanhamento desses indivíduos. Em atenção aos objetivos do curso foi possível aprofundar e ampliar nossos conhecimentos sobre as ações voltadas á atenção primária no âmbito nacional brasileiro conforme aos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde Brasileiro. Cada caso complexo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde da família e executadas pela equipe multiprofissional, visando o público em geral, gestantes, crianças, adolescentes, adultos, idosos, usuário com doenças crônicas não transmissíveis, usuários com doenças transmissíveis, usuários com fatores de riscos associados. Além disso, nos

casos estudamos a prática profissional e como as falhas na comunicação entre os diferentes níveis de assistência de saúde dificultam diretamente a garantia de acompanhamento dos usuários, e a necessidade de uma boa comunicação e organização do processo de trabalho, e a participação ativa do usuário na tomada de decisões, garantindo a integralidade da assistência, seguindo os fluxos e linhas de cuidado para um atendimento individual o coletivo com qualidade.

O curso também trouxe a oportunidade para minha equipe de saúde fazer uma análise dos indicadores de saúde e seus agravos na minha área de abrangência, se aproximando á realidade e refletindo uma nova conceição do cuidar (assistência), permitindo atualizar e perfeiçoar meus conhecimentos sobre diversos temas que inclui além das doenças, as pessoas e seu contexto com responsabilidade na prevenção e proteção individual e coletiva, quanto com o controle, cura e reabilitação. Um exemplo muito útil para mim foram os casos de saúde mental e as urgências na APS, seu enfoque multidisciplinar, contribuindo a melhorar minha pratica profissional nesse tipo de casos. Além de problematizar o cotidiano de meu trabalho tendo como referência conceitos como: cuidado, acolhimento, rastreamento, vigilância epidemiológica, humanização e efetividade no trabalho. Também o uso da prática de saúde baseada em evidencias e avaliação permanente das ações em saúde.

A literatura estudada foi ótima, desde os vídeos, áudios, slides, conferências, material bibliográfico até o coletivo de excelentes professores de alta qualidade que integra o curso. A abordagem de conteúdos relevantes para a educação continuada do médico. Os fóruns como espaços que promovem os diálogos são importantes para esclarecer necessidades e demandas a partir da realidade coletiva, permitindo expressar nossas opiniões, dúvidas e contar nossas experiências no cotidiano profissional. Os casos clínicos interativos também foram de muita utilidade já que possibilitaram testar nossos conhecimentos sobre problemas comuns da atenção primária no Brasil, e ao mesmo tempo, revisar aspectos teóricos relativos a esses problemas.

E muito importante destacarem o apoio incondicional do orientador, nas duas etapas, assim como a equipe médica e de enfermagem da US onde trabalho porque sem eles não teria conseguido chegar ao objetivo principal. Próximos ao final do curso com expectativas do dia, mas felizes pelos objetivos complementados porque nos sentimos a cada dia mais preparados para este trabalho maravilhoso que marca nossas vidas como MEDICOS DE FAMILIA E COMUNIDADE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABC.MED.BR, 2014. Neuropatia diabética: conceito, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento, prevenção, evoluções e complicações possíveis. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/diabetes-mellitus/579857/neuropatia-diabetica-conceito-causas-sintomas- diagnostico-tratamento-prevencao-evolucoes-e-complicacoes- possiveis.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.
2. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.
3. Amarante, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
4. Associação brasileira de psiquiatria.Propostas de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP, 2009
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm Acesso em 26/04/2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: Acesso em: 05 de setembro de 2007.
9. Declaração das Américas sobre Diabetes. Panam Touro Saúde Org. 2000; 30 (3): 261-5.
10. Hall , Wayne. The mental health risks of adolescent cannabis use. Public. Library of Science Medicine, v.3, e 39, 2006. Hetem , Luiz Alberto. Prevenção do suicídio. Psiquiatria Hoje: Debates, v.2, p. 17-20, 2010.
11. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da saúde.
12. López-Carmona JM, Araiza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y va-lidación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 003;45(4):259-268. Disponible en http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA &IDPUBLICACION=1669
13. Manual de enfermagem Brasília: Ministério da saúde 2001. P. 43-6.
14. MAZZA, M.M.P.R.A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível em: <http://www.FSP.USP.br/MAZZA. htm>.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008h. 163 p.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

17. O. Díaz Díaz Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. Suplemento. (10). 2000: 1-10.
18. PEREIRA F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. afirmam que além da terapia farmacológica, mudanças no estilo de vida devem ser sempre estimuladas
19. 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 na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
20. Portaria No 154, de 24 de janeiro de 2008.
21. R. Brent, M. WeitzmanThe Pediatrician's role and responsibility in educating parents about environmental risksPediatrics, 113 (2004), pp. 1167-1172
22. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.
23. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Relatório de gestão 2003- 2006. Brasília, 2006.
24. SEUC Armando H., Emma Dominguez, Oscar Díaz Díaz. Ajustado diabetes esperança de vida. Cubana EndócrinoRev. [periódico na Internet]. Dezembro de 2003 [citado 12 de maio de 2007]; 14 (3): Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000300005&lng=es
25. Socarrás M, Branco AJ, Vazquez VA, Gonzalez HD, fatores de risco Licea PM E. para doença aterosclerótica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 med. cubano Rev. [periódico na Internet]. Junho de 2003 [citado em 12 de maio de 2007]; 42 (2): 108-112. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000200003&lng=es
26. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. IN:Brasil. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da saúde. Manual de enfermagem Brasília: Ministério da saúde 2001. P. 43-6.
27. Valdés Díaz I, Herrera E, Muñoz J R. Lactancia materna y madre adolescente. Rev Cub Pediatr 1990, 62 (4): 560-65.
28. Weitzman S, Wang C, Rosamond WD. A diabetes é um infarto independente? O (AtherosclerosisRisk in Communities) ARIC estudo de vigilância. Lei Diabetol. [Periódico na Internet] 2004 [citado em 10 novembro de 2007]; 41: 77-83. Disponívelem:http://www.springerlink.com/content/uyaxdulr39p280dn/fulltext.pdf

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO

CARLOS MARIO GONZALEZ LOPEZ

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DARIO ANTUNES. MUNICÍPIO URUARA

BELÉM, PARÁ
2017

1. INTRODUÇÃO

A condição precária induz a falta de conhecimento do paciente e seus familiares a respeito da Diabetes Mellitus (DM). Isso acontece desde o tempo de apresentação clínica, o paciente torna-se o principal ator em um drama que vai acompanhá-lo ao longo da sua vida. DM é o distúrbio endócrino mais comum e representa um importante problema de saúde em muitos países devido ao seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença e do alto custo de seu tratamento (1).

Atualmente foi constatado que o problema de saúde citado anteriormente afeta milhões de pessoas. Relatado no ano de 2000, 165 milhões de pessoas sofriam com a mesma, para 2016 estão previstos 239 milhões, já em 2025 estimasse 300 milhões. Os dados representam um grande peso para a sociedade, pois contribui com a mortalidade precoce, aumentando os riscos de doenças cardíacas, neuropáticas, amputações de membros inferiores e cegueiras (2).

A doença cardíaca e o acidente vascular cerebral têm sido as principais causas de morte e invalidez entre os idosos, com maior frequência em pacientes com diabetes tipo 2, devido a hiperglicemia, fator determinante que favorece o desenvolvimento de complicações na maioria dos casos (3). Estudos epidemiológicos mostram comparações com a população não diabética, e concluem que pessoas com diabetes são duas a quatro vezes mais vulneráveis a desenvolver doença cardíaca coronária e quatro a cinco vezes, cerebral e vascular periférica (4,5).

A maioria dos países da América Latina e do Caribe não realiza vigilância de diabetes em adultos, a informação sobre a prevalência desta doença é em suma, inexistente. As pesquisas relacionadas à Diabetes e seus fatores de risco, são a única fonte de informação que pode ser usada para medir a magnitude deste problema na população. A relação entre o nível de conhecimento e educação alcançado pelos pacientes é tratada em diferentes estudos, os quais consideram o baixo nível de escolaridade fator determinantes para limitar o acesso à informação. Pessoas com baixos níveis de educação não parecem avaliar medidas de prevenção de doenças, e, geralmente, demoram a procurar assistência médica (6,7).

Devido a isso, consideramos a educação do paciente como um componente essencial no cuidado da diabetes. Foi mostrado com objetivo de facilitar o cumprimento da conduta terapêutica, retardando o início das complicações e reduzindo a carga de atendimento clinico. Com isso, nosso objetivo é fazer uma

proposta de trabalho de educação e saúde, para melhorar a qualidade de vida destes pacientes, lograr seu controle e evitar as complicações.

PROBLEMA

Na nossa área há um número significante de pacientes Diabéticos tipo 2 que não conseguem um ótimo controle de sua doença.

JUSTIFICATIVA

Primordial a criação de ações locais, o apoio de setores da comunidade é ideal para solução desse problema de saúde. A doença tem sido controlada no município, no final do ano de 2014, apenas 2,1% da população eram portadores da doença. Na UBS, em 2015, foram registrados um aumento no número de pacientes, ocasionando um total de 23 casos diagnosticados, por um total de 120 pacientes com Diabetes Mellitus. Em estudos anteriores, foram encontrados problemas no monitoramento e adesão ao tratamento médico, bem como nos conhecimentos dos pacientes a respeito da sua doença. A mesma, não fora erradicada no município, na UBS Dario Antunes, os pacientes diabéticos representam 18% da população, tendo embasamento através de pesquisas realizadas nos últimos três anos.

Há áreas que visam à prevenção, a redução de fatores de risco nesses pacientes. É por isso que optamos em fazer um trabalho a respeito do mesmo. Nos últimos anos, o aumento no número de pacientes diagnosticados com DM reforça a tese que problemas no acompanhamento e execução de tratamento médico; e no cumprimento da educação para a diabetes comprovam o que estudos anteriores revelam. Diabetes Mellitus é uma doença controlável, entretanto não é curável, por isso requer um tratamento abrangente, com tudo isso só pode ser obtido através de um processo educativo, que pode perdurar um longo tempo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Aplicar uma estratégia de intervenção comunitária para promover a adesão ao autocuidado e reduzir a ocorrência de complicações no âmbito da atenção primária à saúde em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, na Unidade Básica de Saúde Dario Antunes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, com dificuldade na compreensão do autocuidado.
2. Caracterizar a informação que possuem os pacientes com Diabetes Mellitus sobre o autocuidado e complicações da doença.
3. Estimular o autocuidado nos pacientes, por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos.
4. Avaliar as informações sobre a doença nos pacientes diabéticos depois das intervenções.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e ou da capacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. E uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, e doença cardiovascular.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1977 que, após 5 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos, e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatía, 20 a 35% de neuropatia e de0 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Existem quatro tipos principais:

- DM tipo I: Destruição da célula beta, levando a deficiência absoluta da insulina. Aproximadamente 8% dos casos.
- DM tipo II: Graus variados de resistência insulínica e de deficiência na secreção de insulina. Abrange cerca de 90% dos casos.
- Gestacional
- Outros tipos: Decorrentes de defeitos genéticos, associados com outras doenças e desencadeando pelo uso de fármacos diabetogénicos (8).

Segundo Duncan et al. (2013), os sintomas clássicos da diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária do peso (Os ``4PS``). Além dos outros sintomas que levantam a suspeita clínica: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnósticoé feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (9).

No entanto, a diabetes é assintomática, na proporção significativa dos casos, de modo que a suspeita clinica deve ocorrer a partir de fatores de riscos para a doença. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentam maior risco da doença, tais como:

- Idade maior que 45 anos.

- Risco cardiovascular moderado.
- Excesso índice de massa corporal (IMC>25 kg/m2) e um dos seguintes Fatores de Risco:
- Histórico de parentes com diabetes.
- Hipertensão arterial (>140/90MMHG ou uso de anti-hipertensivos em adultos).
- História de Diabetes Gestacionalou de recém-nascidocom mais de 4Kg.
- Dislipidemias: Hipertrigliceridemia (250mg/dl) ou HDL C baixo (< 35 mg/dl).
- Exame prévio de Hb1AC maior ou igual a 5,7%, tolerância diminuída a glicose, ou glicemia de jejum alterada.
- Obesidade severa, acanthosis nigricans.
- Síndrome de ovários policísticos.
- Histórico de doença cardiovascular.
- Não prática de atividade física.

Não existem evidências para a frequência de rastreamento ideal, porém alguns estudos apontam que pessoas com resultados negativos devem ser testadas a cada 3 a 5 anos. Casos de tolerância diminuída a glicose, glicemias em jejum alterado ou diabetes gestacional prévio podem ser testadas com mais frequência, por exemplo, anualmente (10). O diagnóstico é confirmado a presença de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg dl, ou teste de tolerância oral (2h pós dextrosol 75 gramas) maior ou igual a 200mgdl, ou hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% (todos precisam ser confirmados com segundo dosagem) ou sintomas clássicos e glicemia aleatória maior ou igual a 200mgdl (10).

Pessoas com hiperglicemia intermediaria (glicemia em jejum entre 100mgdl e 125mg dl, e duas horas pós-carga de149mg dl a 99mgdl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%). Também denominadas de casos de pré diabetes, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientados para prevenção da diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável, hábitos ativos de vida e reavaliação anual com glicemia em jejum. Os exames necessários para o atendimento inicial e acompanhamento do paciente com DM, sua periodicidade dependerá doacompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa portadora de DM, o controle metabólico, as metas de

cuidado, e as complicações existentes. Englobamos a estes exames: glicemia em jejum e HBA1C, colesterol total, HDL, e triglicerídeos, a fracção LDL, Creatinina sérica, exame de urina tipo 1, e se necessário microalbuminúrica ou relação albumina creatinina, fundoscopia.

Inclusive, podem ser solicitados exames para avaliação cardiológica, conforme necessidade individual, a exemplo: eletrocardiograma (ECG). Sugere que os exames de glicemia jejum e HBA1C sejam realizados duas vezes ao ano, em situações onde os pacientes encontrem-se dentro da meta glicêmica estabelecida, e a cada três meses acima da meta pactuada. Os demais exames podem ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades de cada pessoa. É recomendado o monitorizo da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com diabetes tipo I e II, em uso de múltiplas doses de insulina. Em pessoas com bom controle prépandrial, porém com HBA1C elevada a monitorização da glicemia capilar duas horas após as refeições podem ser útil. Em pessoas com Diabetes tipo II em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente (10).

A pesquisa de corpos cetônicos na urina (cetonúria) precisa ser aferida em paciente diabético tipo I, se a glicemia foi maior que 300mg\dl, se houver estresse agudo ou sintomas de hiperglicemia Cetose. Não há indicação de seu uso na diabetes tipo II. A meta do tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar HBA1C <7%. As metas glicêmicas correspondem são: glicemia de jejum entre 70 e 130mg dl e pospandrial abaixo 180mg\ dl (11). O tratamento deverá ser individuale irá depender do tipo de diabetes em questão, sendo que envolve desde medidas não farmacológicas, relacionadas à dieta e prática de atividades físicas, até o tratamento medicamentoso, feito com hipoglicemiantes orais e ou insulina. É importante que a pessoa com Diabetes Mellitus mantenha o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com a estratificação de risco.

Estratificação do risco para a pessoa com Diabetes Mellitus

- Baixo: Pessoa com glicemia em jejum alterada e intolerância a sobrecarga de glicose.
- Médio: Pessoa com Diabetes Mellitus diagnosticado e controle metabólico

HBA1C <7,5 % e pressóricos adequadas, sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, sem complicações crônicas micro ou macro angiopática.

- Alto: Pessoa com Diabetes Mellitus diagnosticado e controle metabólico 7,5<HBA1C <9 % ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e ou complicações crônicas incluindo pê diabético de risco avançado.

O número de consultas é de atendimento para usuários com Diabetes tipo II deve considerar a estratificação de risco descrita acima. A história natural de Diabetes tipo I e II é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas. Algumas referidas como microvasculares, são especificas da diabetes como a retinopatia, a nefropatía e a neuropatia diabética. Outras ditas macrovasculares, mesmo não sendo especificas do diabetes são mais graves nos indivíduos acometidos, sendo a principal causada morbimortalidade associada ao diabetes (11).

Todas as pessoas com Diabetes Mellitus devem ser alertadas quanto à presença de os seguintes fatores de risco para a doença macrovascular: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, hiperglicemia e obesidade central. Um plano de ação pode ser desenvolvido para dar apoio às pessoas no controle destes fatores de risco. A equipe precisa auxiliar e apoiar as pessoas com DM na suspensão do tabagismo, adoção de uma dieta saudável, pratica de atividade física de forma regular.

No que diz respeito ao tratamento, entre os medicamentos antidiabéticos, a metformina merece destaque pela proteção cardiovascular que oferece. As estatinas são efetivas na prevenção primaria e secundaria das doenças cardiovasculares em pessoas com diabetes (11). Todas as pessoas com diabetes e evidencias clinicas de doença aterosclerótica devem receber estatina independentemente do valor inicial do LDL. Na ausência da doença cardiovascular pode se considerar o uso de estatinas naqueles com risco absoluto de eventos coronários de, mais 20% em 10 anos ou nos pacientes com >40 anos e um ou mais fatores de risco cardiovascular.

Terapia antiplaquetária é claramente benéfica em portadores de doença cardiovascular clínica, em especial na prevenção secundaria. Nas pessoas com diabetes sem doença cardiovascular diagnosticada, o benefício do ácido acetil salicílico (AAS) na prevenção primaria de eventos cardiovasculares, termos de redução relativa de risco, e menor, e para muitos pesquisadores não supera o aumento de riscos de sangramentos importantes. Desta forma, AAS não deve ser

utilizado indiscriminadamente nessa situação (10). O rastreamento da retinopatia diabética tem como objetivo o diagnóstico precoce, uma vez que existe intervenção efetiva. No DM tipo I, o rastreamento deve ser realizado em adultos ou crianças maiores de dez anos após cinco anos de diagnóstico do diabetes. No diabetes tipo II, o rastreamento deve iniciar no momento do diagnóstico.

A periodicidade do rastreamento é importante para garantir a relação de custo efetividade da intervenção preventiva, sugere-se que este rastreamento seja realizado anualmente. Na presença de retinopatia, o intervalo de avaliações e determinado caso, mas é recomendado que fosse realizado com maior frequência. O rastreamento da nefropatía diabética inicia o diagnóstico da DM tipo II e cinco anos após o diagnostico na DM tipo I. No caso do exame normal, este deve ser repetido anualmente (12).

4. MÉTODOS

Realizar um estudo clinico de intervenção onde uma estratégia comunitária vai ser implementada na população diabética tipo 2 para aumentar o controle metabólico e diminuir a incidência da doença na área da Unidade Básica de Saúde Dario Antunes. Município Uruara, no período desde setembro 2016 até agosto 2017. Definição do universo de estudo: O grupo de estudo será composto pelo total de pacientes diabéticos, 91 pacientes pertencentes à Unidade Básica de Saúde Dario Antunes**.** A amostra do estudo corresponde à população que atenda aos critérios de inclusão listados abaixo.

Os critérios de inclusão:

- Paciente Diabético Tipo 2 diagnosticado, que estiverem cadastrados e acompanhados na unidade básica de saúde e que apresentam dificuldades na adesão de atitudes ao autocuidado.
- Residente dentro dos limites da Unidade Básica de Saúde.
- Aceitar voluntariamente participar da pesquisa com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo1).

Para a saída para os objetivos da amostra de trabalho selecionados a partir dos critérios de exclusão que se seguem:

- A deficiência mental.
- A diabetes gestacional ou outros tipos de DM.

Inicialmente serão avaliadas as fichas A (confeccionada no trabalho dos agentes comunitários de saúde), o cadastro familiar para identificar os casos com Diabetes Mellitus, posteriormente participarão das intervenções aqueles adultos que apresentam a doença e que brindam seu consentimento informado sobre o desejo de participar nas atividades e tendo presentes os quatro princípios éticos básicos (respeito, beneficência, não maleficência e justiça).

As intervenções envolverão entrevista individual durante as consultas, serão de acordo com o cronograma de atendimento dos grupos de diabéticos programado para todas as quintas feiras. O instrumento de registro utilizado na entrevista será o prontuário do paciente e neste terão dados, como: aspectos socioeconômicos e aspectos clínicos que incluem o hábito alimentar, prática de atividade física, uso de medicamentos, prevenção das complicações e serão mensurados a glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura para cálculo do índice de massa Corpórea (IMC).

Após a coleta de dados, selecionar os pacientes diabéticos com dificuldades na informação e adesão de atitudes ao autocuidado no seu cotidiano, e agendar reunião com os usuários participantes do projeto, para formar duas turmas, apresentar os participantes e concordar com eles os temas que devem ser abordados nas atividades de educação em saúde, também explicar ao grupo a metodologia a ser usada em cada encontro; prever horário oportuno e duração para os encontros. Começar as atividades de educação para o autocuidado em grupos que serão desenvolvidos por meio de Círculos de Cultura.

Nos encontros se abordarão assuntos de suma importância para os participantes sobre o controle da doença, sendo as atividades ministradas pela médica e a enfermeira da equipe da saúde da família e uma equipe multiprofissional, visando assim o interesse dos ouvintes aos demais professionais como nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, dentista. Cada Profissional será responsável por um ou mais assuntos e pretendesse em cada encontro, estimular a participação dos diabéticos para identificar suas dúvidas, usando o modelo de grupo fechado que tem como

característica a delimitação dos participantes, onde o grupo começa e termina com os mesmos participantes, tendo como vantagens a formação do vínculo de confiança intensificando a troca de experiências e todos têm acesso às informações simultaneamente onde cada encontro vai gerar novas experiências (13).

Realizar oficinas para grupos de diabéticos significa aumentar a longevidade dessas pessoas, prevenir às hospitalizações e diminuir os gastos em saúde pública. A periodicidade dos encontros será semanal, todas as quintas feiras durante a tarde, e cada um terá uma duração de 45 minutos e os temas a serem abordado serão direcionados ao autocuidado, como por exemplo: o significado da Diabetes para o portador da doença, o uso correto das medidas preventivas voltadas para o autocuidado referentes a hábitos alimentares, prática de atividade física, presença de outros fatores derisco para a doença, o uso de medicamentos, cuidado dos pês. Ilustração de vídeos sobre pacientes com sequelas da diabetes, atividades lúdicas em ambiente propicio a execução de atividade física em combinação com um Educador físico e a ESF.

A primeira sessão de atividade tem como objetivo apresentação dos participantes, onde serão abordados os aspectos relacionados com o projeto, temas nas intervenções, a duração de cada atividade, utilizando a técnica de dinâmica de apresentação. Cada sessão será desenvolvida em três momentos:

a) Introdução: Ao início de cada atividade se realizarão comentários dos temas abordados na sessão anterior propiciando a interação entre os usuários de qual foi à mensagem apreendida e proporcionar um clima de comunicação.
b) Atividade principal: Apresentação do tema planejado para a sessão, aonde o animador pretende propiciar o espaço de discussão e diálogo com a participação espontânea e ativa dos pacientes, respeitando as individualidades e possibilitando a troca das experiências e desenvolvendo neles habilidades, através do uso de técnicas educativas como: exposição; estudo de caso; debate; mesa-redonda e tempestade de ideias.
c) Cerre: Ao final de cada atividade serão convidados os participantes a fazer uma síntese do que foi vivenciado e o animador perceber a essência do apreendido pelo grupo.

A sessão final das intervenções fecha o programa das atividades desenvolvidas onde se promoverá uma participação e interação dos pacientes com a equipe da saúde usando dinâmica de grupo e relatos de experiências. Para o desenvolvimento dos conteúdos serão utilizados como material didático: slides, folhetos; cartazes, e figuras que abordem a alimentação saudável, também para as exposições caso usem seringas, agulhas, monitor de glicômetro. No final dos encontros, cada participante será agendado para consulta e entrevista para avaliação das informações sobre a doença depois das intervenções de acordo com o cronograma de atendimento.

Conhecendo-se a relevância da realização de trabalhos que melhorem a qualidade de vida e saúde das pessoas com diabetes, a autora do estudo, após ter efetivado as ações planejadas, poderá avaliar com exatidão se os objetivos propostos foram alcançados. Considera-se paciente com critérios de controle metabólico segundo GEDAPS a partir das recomendações da ADA: Aqueles pacientes com cifras de glicemia capilar em jejum entre 90-120mgdl, HbA1c menor de 7%, controle lipídico total menor de 200mg/DL, cl DL menor de 100 MG/DL, cHDL maior de 40 MG/DL, triglicérides menor e igual a 150 MG/DL, Pressão arterial menor de 130/85 mmhg, não consumo de tabaco. Considera-se:

- Conhecimentos ótimos: Aqueles pacientes com 85 a 100% de respostas acertadas.
- Com alguns conhecimentos: Aqueles pacientes com 70 a 84 % de respostas acertadas.
- Com conhecimentos deficientes: Aqueles pacientes com menos de 70 % de respostas acertadas.

5. CRONOGRAMA

Ações	Responsável	Período de Realização
Revisão das Fichas A e os Prontuários dos Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II	Médico e Enfermeira da EFS	Setembro _ Outubro 2016
Realizar entrevista e consultas médicas para avaliação inicial nos pacientes selecionados e registrar os dados obtidos.	Médico da ESF	Dezembro 2016
Selecionar os pacientes Diabéticos com dificuldades na informação e adesão de atitudes ao autocuidado.	Médico da ESF	Janeiro 2017
Encontro com abordagem sobre a compreensão e significado sobre a Diabetes mellitus para o portador da doença.	Médico e enfermeira da ESF	Fevereiro 2017
Encontro sobre orientações do autocuidado referente à alimentação saudável. Realizar o diagnóstico de a situação alimentar e nutricional do grupo de pessoas cadastradas e identificar as pessoas de maior risco aos agravos nutricionais, em relação às suas patologias e realização das biografias alimentares. Socializar o conhecimento sobre os alimentos e desenvolver estratégias de resgate dos hábitos e práticas alimentares, dentro da dieta para as pessoas com a diabetes, regionais e locais, na linha da alimentação saudável. Elaborar Planos Terapêuticos, especialmente às pessoas resistentes à mudança alimentar, por meio de discussões periódicas, que permitam apropriação coletiva pela equipe, em	Nutricionista e equipe multidisciplinar	Março 2017

ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.		
Encontro sobre orientações da prática da atividade física com exercícios lúdicos, esportivos, alongamento, caminhadas, e exercícios de respiração. Desenvolver atividade física e prática corporal através de expressões individuais e coletivas. Desenvolver ações voltadas à conscientização e percepção corporal, elevação da autoestima e promoção do autoconhecimento.	Educador Físico	Março 2017
Encontro sobre uso de medicamentos. Incentivar o uso dos medicamentos prescritos e indicados pelo profissional médico e auxiliar na sensibilização em relação aos possíveis problemas causados pela automedicação. Educação em Saúde sobre o uso racional dos medicamentos. Acompanhar as pessoas que fazem uso da medicação continuada e as pessoas com dificuldade na adesão ao tratamento.	Médico do ESF e farmacêutico	Abril 2017
Encontro sobre autocuidado à visão e aos pés. Como evitar complicações. E nos casos presentes. Utilizar a reabilitação baseada na comunidade como ferramenta participativa de intervenção junto a pessoas, orientando essas pessoas, bem como os seus cuidadores e familiares.	Médico ESF Fisioterapeuta Terapia Ocupacional.	Maio 2017
Encontro sobre saúde bucal.	Odontólogo ESF	Junho 2017

Encontro sobre capacitação e organização do acompanhamento das famílias das pessoas com Diabetes Mellitus, desenvolvendo atividades culturais com objetivo de melhoria da qualidade de vida. Identificar, articular e apoiar na disponibilização da rede de proteção social.	Serviço social e Equipe multidisciplinar	Junho 2017
Encontro para oferecer atividades onde se relacione a Psicologia da Resistência à dieta e restrição alimentar, a biografia alimentar.	Psicólogo e Equipe Multidisciplinar	Julho 2017
Realizar consulta de reavaliação clínica e comparar com a avaliação inicial.	Médico ESF	Julho 2017
Reunir a equipe multiprofissional e analisar os dados obtidos	Equipe Multiprofissional	Agosto 2017
Realizar atividade final com os pacientes e expor os resultados obtidos na intervenção.	EBS e equipe Multidisciplinar.	Agosto 2017

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico da ESF.
- Enfermeiro da ESF.
- Auxiliar de enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Odontólogo da ESF.
- Nutricionista
- Fisioterapeuta e terapia ocupacional.

- Farmacêutico.
- Educador físico.
- Psicólogo.
- Assistente Social

6.2 RECURSOS MATERIAIS:

- Ficha A.
- Prontuários dos diabéticos.
- Balança.
- Calculadora.
- Glicômetro.
- Esfigmomanómetro e Estetoscópio.
- Fita Métrica.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Folhas cartas.
- Pastas.
- Canetas.
- Equipamento de Vídeo.
- DVD.
- Sala para realização de grupos
- Transporte.
- Computador.
- Cartilhas educativas.
- Cartazes informativos
- Slides
- Folhetos

7. RESULTADOS ESPERADO

Esperamos que este projeto possa trazer contribuições a prática de professionais de saúde que se dedicam ao acompanhamento clinico dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, a importância da promoção de educação em saúde como meio de promover conhecimento para, consequentemente favorecer mudanças no estilo de vida visando dispor da qualidade de vida necessária a cada cidadão, e com este aumente a responsabilidade e comportamentos referentes ao autocuidado de cada paciente resistente à adesão de medidas que alterem seu cotidiano. Como o conhecimento para cada pessoa das principais complicações e como evitá-los.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. O. Díaz Díaz Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. Suplemento. (10). 2000: 1-10.
2. Declaração das Américas sobre Diabetes. Panam Touro Saúde Org. 2000; 30 (3): 261-5.
3. SEUC Armando H., Emma Dominguez, Oscar Díaz Díaz. Ajustado diabetes esperança de vida. Cubana EndócrinoRev. [periódico na Internet]. Dezembro de 2003 [citado 12 de maio de 2007]; 14 (3): Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532003000300005&lng=es
4. Socarrás M, Branco AJ, Vazquez VA, Gonzalez HD, fatores de risco Licea PM E. para doença aterosclerótica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 med. cubano Rev. [periódico na Internet]. Junho de 2003 [citado em 12 de maio de 2007]; 42 (2): 108-112. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232003000200003&lng=es
5. Weitzman S, Wang C, Rosamond WD. A diabetes é um infarto independente? O (AtherosclerosisRisk in Communities) ARIC estudo de vigilância. Lei Diabetol. [Periódico na Internet] 2004 [citado em 10 novembro de 2007]; 41: 77-83. Disponível em: http://www.springerlink.com/content/uyaxdulr39p280dn/fulltext.pdf
6. Garcia R, Suarez R. Educação para pessoas com diabetes mellitus em cuidados de saúde primários. CubanRevEndocrinol. 2007, 18 (1). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S156129532007000100005 Retirado 01 de novembro de 2008.
7. Prevalência da Diabetes por idade e sexo: 2005 Fonte Nicarágua: dados baseados em CAMDI Nicarágua. 9 CAMDI VIII Oficina, Cidade do Panamá, Panamá, Disponível em: Acessado nic.ppt 3

http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/camdi8-março de 2009.

8. GROSS, J.L et al. Diabetes Mellito: Diagnostico, Classificação, e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq. Bras. Endocrinol.Metab.v. 48,n. 1,p. 16-26, Fev.2002.
9. DUCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primaria Baseadas em Evidencia. 4. Ed. Porto Alegre: ArtMed, 2103.
10. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes- 2013. Diabetes Care, Alexandria, v.36, Suppl. 1,jan.2013
11. MERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2012.Diabetes Care, Alexandria, v.35, Suppl. 1,p. S 11-63. 2012.
12. Manual do paciente diabético. Washintong D: OPS 2006: p. 12-19.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas.Caderno de atenção básica nº 35. Brasília, DF, 2014.
14. PEREIRA F. R. L.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 8, n. 4, p. 594-599, 2009.

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NO ESTUDO:

Eu,_ _____
.

RG:_____.

CPF:_____.

Abaixo assinado, concordo em participar do estudo Estratégia de Intervenção Comunitária em pacientes diabéticos Tipo 2. Fui suficientemente informado a respeito das informações referentes ao estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar de este estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo.

Barrio Morumbi,_____, de_____.

_____

Assinatura do paciente

ANEXO II

Data:_____.

Nome e Sobrenome do Paciente:

_____.

Endereço:_____.

Dados Socioeconômicos:

1. Idade:_____. 2. Sexo: F__. M__. 3. Raça:_____.

3. Escolaridade:_____anos.

4. Estado Civil: Casado (a)____. Solteiro (a):____. Viúvo (a):____.

União livre (a):____. Outro:_.

5. Renda: R$_____.

6. Profissão\ocupação:

Empregado:____. Autônomo:____. Informal:____.

Desempregado:___. Dona de Casa:_

_____.Aposentada:___. Pensionista:_.

Dados Clínicos:

1. Peso (Kg):_____.

2. Altura (Cm):_____.

3. Índice de Massa Corporal(Kg\m2):_____.

4. Circunferência Abdominal (Cm):_____.

5.Pressão Arterial (mmhg):_____.

6. Há quanto tempo tem Diabetes?_____.

7. Além do (a) Sr. (a) há outras pessoas com diabetes na sua família?

Sim_____. Não_____.

8. No caso da resposta for sim
Quem?_____.

9. Qual e o tipo de tratamento que Sr. (a) realiza para o controle da Diabetes?

Insulina:_____. Antidiabéticos orais:_____. Atividade

Física:_____. Dieta:_____. Nenhum:___.

Outro:_____.

Qual (ais):_____.

10. Existe algum problema que impeça a realização do tratamento?

Sim:_____. Não:_____.

11. Se sim, ao item anterior, especificar qual (ais) o (os) problema (s)?

Falta de interesse:_____. Falta de apoio

familiar:_____. Falta de motivação:_____.

Não aceitação do diagnóstico de DM tipo 2:_____. Déficit de

conhecimento a respeito da DM tipo 2:_____. Grande número

de medicamentos utilizados:_____.

Aversão a determinados tipos de alimentos:_____. Dificuldades para

adquirir dos medicamentos:_____.

12. Qual (ais) a complicação (os) crônica (s) do diabetes o\a senhor possui?

Problema nos olhos:_____. Problema nos nervos

periféricos:_____. Problema nos rins:_____.

Problema nos pés:_____.

13. Outras doenças associadas.

Hipertensão Arterial:_____Cardiopatia isquêmica:_

_____AVC:_____.

Doenças das tiroides:_____outras:_____.

Critérios de controle metabólico

Glicose jejum:_____HB glicosilada: _____

Colesterol total:_____LDL:_____HDL:_____Triglicérides: _____

Pressão arterial:_____Consumo tabaco:_____outros:_____.

Explore seus conhecimentos sobre a diabetes. Marque a resposta com x.

1. Sobre a Diabetes.

É uma doença de causa infecciosa onde existe um déficit de

hormônios_____.

É uma doença que com tratamento é possível se obter a cura total

_____.

É uma doença que com tratamento é possível seu controle, mas não a cura total

____.

É uma doença onde toda a vida tem que levar um tratamento continuo_____.

2. Controlar o peso corporal melhora a glicemia?

Certo_____. Errado_____. Não sei_____.

3. Basta tomar a medicação para o controle da Diabetes?

Certo_____. Errado_____. Não sei_____.

4. Quais sintomas indicam a presença de hipoglicemia (baixa de

açúcar no sangue): Suor excessiva_tontura_____palidez_

__palpitação_____.

Sensação de fome_____urina aumentada_____. Mudança de

comportamento_____

_____tremores_____.

Muita sede_____Aumento do apetite_____cansaço

fácil_____. Sensação de formigamento em torna

da boca_____.

5. Ante uma hipoglicemia que conduta você toma.

Ficar tranquilo_____. Pedir ajuda de emergência_____.

Consumo de alimentos com açúcar como sucos de frutas, doces duros, bolachas

_____. Consumo de gordura chocolates ou cookies_____.

6. Quais sintomas identificam a hiperglicemia (açúcar elevado no sangue):
Cansaço fácil_____Suor excessivo_____muita sede_

_____Tontura_____. Aumento do

apetite_____Emagrecimento____Urina aumentada_____.

7. Quais sintomas indicam a presença do pé diabético:

Formigamento_____perda da sensibilidade local_

_____dormência_____. Dores e

queimação nos pés e nas pernas_____.

Sensação de agulhadas_____fraqueza nas

pernas_____. Presença de

ferida ou ulcera nos pés e nas pernas_____.

8. Qual das medidas é a certinha para cuidar de seus pés:

Manter bom controle da glicemia_____Exame visual dos
pés diariamente_____Manter os pés sempre limpos._____.

Lavar os pés com água quente_____.

Lavar os pés com água morna._____Manter os pés úmidos

_____. Secar os pés com

toalha macia._____Usar meias sem

costuras_____.

Manter a pele hidratada e passar creme entre os dedos dos pés_____.

Manter a pele hidratada, mas sem passar creme entre os dedos e ao redor das unhas_____ Usar tecido sintético como nylon_____.

Realizar a corte das unhas quadrada_____. Realizar o corte das unhas

arredondadas_____. Usar calçado fechados,

macios, confortáveis_____.

Usar saltos quadrados com mais 3 cm de altura_____.

9. Com as cifras de glicose normais o senhor (a) pode abandonar o tratamento?

Sim____Não_____.

10. Você deve agendar

consultas: Com

frequência quinzenal_____.

Com frequência mensal_

_____. Com frequência trimestral_____.

Com frequência

semestral_____. Com frequência anual__.

11. Em relação à saúde bucal e a diabetes.

Não precisa atenção odontológica sistemática porque a diabetes não afeta a saúde bucal__.

São muito frequentes as doenças bucais nos diabéticos

porque precisam acompanhamento semestral com odontólogo._____.

Só deve comparecer ao dentista em caso de apresentar algum sintoma buca