SILVERIO BARBARO FUENTES VELIZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

CAMETÁ-PARÁ

2017

SILVERIO BARBARO FUENTES VELIZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

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: Daniel Victor Coriolano Serafim

CAMETÁ-PARÁ

2017

RESUMO

Trata-se de um estudo Clínico Intervencionai, onde serão classificados os pacientes com fatores de risco como, obesidade, sedentarismos, dislipidemias, maus hábitos dietéticos e hipertensão arterial encontrado durante o processo de cadastramento e acompanhamento na comunidade. Os sujeitos envolvidos na intervenção é a população da UBS de Porto Grande, com um total de 4643 habitantes do município Cametá, estado Pará, Brasil. Trabalharemos com o total de pacientes adultos diabéticos, compreendidos na faixa etária de 15 anos e mais, sendo um total de 49, deles 27 são masculinos e 22 femininas. A equipe de profissionais que desenvolvera a intervenção esta composta por o médico, o enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os assistentes sociais. Nosso objetivo será desenvolver estratégias para aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com diabetes mellitus e/ou risco de adoecer, além de diminuir as complicações com promoção de hábitos de vida saudáveis. Realizaremos uma intervenção, com atividades educativas a nível individual e grupal em sala comunitária do posto de saúde, desenvolvendo conferências e palestra a população, com 4 atividades, uma vez por semana, as quartas feiras, começando às duas horas da tarde, com uma duração de 60 minutos cada uma. Também, possibilitaremos que a população selecionada para o estudo poda transmitir os conhecimentos adquiridos ao resto das pessoas, e assim, poder garantir modo e estilos de vidas mais saudáveis, diminuindo os fatores de risco de padecer a doença, reduzindo a incidência e complicações de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão , Obsesidade , Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 6

3. PROMOÇÕES DA SAÚDE, EDUCAÇAO EM SAUDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO 11

4. VISITA DOMICILIAR 20

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO 29

1. INTRODUÇÃO

Eu sou médico do Programa Mais Médicos, graduado em 1991, de medicina geral integral, é trabalhado em países de África, América central e América do sul. Atualmente estou trabalhando na UBS da localidade de Porto Grande, município Cametá, estado Pará. A equipe de trabalho esta composta pelo médico, o enfermeiro, dois auxiliais de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os assistentes sociais. O território onde será desenvolvido o projeto de intervenção é a zona de abrangência do posto de saúde de porto grande, com uma população de 4643 habitantes, é uma região ribeirinha com muita dificuldade para o deslocamento. As principais atividades produtivas e económicas desenvolvidas na região são a agricultura (com o cultivo dos açaís, pimenta e mandioca) e a pesca. O território tem aproximadamente 4 km quadrados, dividida em 9 micros áreas, com 11 escolas em total. As patologias que atendemos em nossa unidade de saúde de caráter transmissível com maior prevalência são parasitose intestinal, Doenças respiratórias agudas e gastroenterites. Quando nos referimos às crônicas não transmissíveis as mais frequentes são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias.

O tema escolhido para projeto de intervenção é: projeto de intervenção educativa sobre promoção de hábitos de vida saudáveis em pacientes diabeticos tipo 2

JUSTIFICATIVA

Este trabalho justificasse pela alta frequência de DM na UBS da localidade de Porto Grande, município Cametá, e pelo numero elevado de pacientes com fatores de risco como, obesidade, sedentarismos, dislipidemias, maus hábitos dietéticos, hipertensão arterial que foram encontrados durante o processo de cadastramento e acompanhamento na comunidade. As complicações diabéticas estão modificando o comportamento das morbidades e das mortalidades devido ao aumento de casos.

A proposta deste trabalho e desenvolver estratégias para aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com diabetes mellitus e/ou risco de adoecer, além de diminuir as complicações com promoção de hábitos de vida saudáveis. O mesmo constara nos anexos.

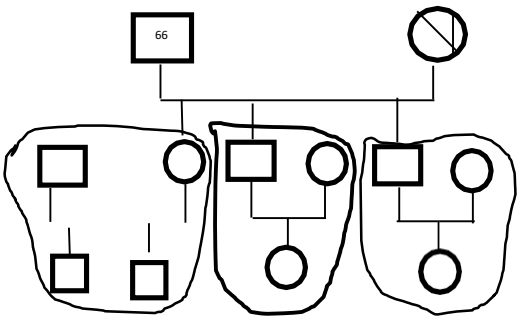
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Depois de estudar e avaliar os casos anteriores, podemos concluir afirmando que as situações de assistência mais prevalentes em nossa Unidade de Saúde, são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias. O caso que exemplifica estas situações e que possa ser associado a meu processo de aprendizagem dos Casos Complexos vistos até o momento, é o caso de Dona vera e o caso do Samuel, onde se tratam patologias como a Diabetes Mellitus, obesidade, Hipertensão arterial, e dislipidemias.

Em nossa área temos um paciente chamado Carlos Barbosa Gonçalves, com 66 anos de idade, que foi diagnosticado há 28 anos com uma Diabetes Mellitus, e com diagnóstico de Hipertensão Arterial há 5 anos. Fumante desde os 17 anos de idade, que o primeiro tratamento realizado por ele foi com glibenclamida vários anos e logo acrescentarem a metformina. Mas não conseguiu controle metabólico, devido ao não cumprimento do tratamento medicamentoso e o dietético. Nunca conseguiu mudanças no estilo de vida, consumindo alimentos gordurosos, hipercalóricos e com excessiva ingestão de carboidratos. Além disso, têm aumentado de peso nos últimos 10 anos. A pressão arterial elevada com 150/100 mm de Hg. É trazido a UBS acompanhado pelo ACS apresentando fraqueza e perda da acuidade visual.

Carlos mora sozinho, uma vez que, sua mulher faleceu há 15 anos, e os três filhos que ele tem moram distantes com suas famílias, dois filhos com uma neta cada um e uma filha, com dois netos. Recusa-se sempre a fazer atividades físicas. Atualmente é aposentado.

Figura 1 - Genograma



Nesta primeira consulta avaliamos os sintomas e sinais que apresenta Carlos, realizando um exame minucioso buscando mudanças da acuidade visual, queixas urinárias, parestesias, fadiga/ astenia, calculo de IMC=31.1, obesidade grau 1, situações de infecções, sobretudo as fúngicas (candidíase, onicomicoses…), histórico de DCV familiar e outras doenças. Uso de fármacos, hábitos de vida, tabagismo, alcoolismo, exercícios físicos, alimentação, exame físico dos Pés, medida de pressão Arterial.

Conversamos os motivos pelos quais ele não esta fazendo o tratamento de forma correta, se tem problemas no convívio do dia a dia com sua família, vizinhos, e se existe alguma preocupação ou problema que tem maior prioridade para ele que suas doenças, etc. Solicitamos glicemia em jejum, Colesterol Total, HDL e Tg, creatinina + TFG, Microalbuminúria, exame simples de urina (EAS), fundo de olho. Agendamos consulta para que seja avaliado por odontologia e oftalmologia. Coordenamos com a equipe de saúde para avaliar o caso em equipe na próxima semana, o que nos permitiria chegar a melhores resultados e buscar uma melhor cooperação do paciente no controle e cumprimento de seu tratamento e cuidados de sua saúde.

Carlos expõe que ele abandonou seus cuidados e preocupações com respeito a sua saúde desde o momento que ficou sozinho em casa, uma vez que, assumiu as responsabilidades do lar com o peso de ter que fazer tudo sozinho sem ajuda de ninguém e que ele não tem habilidades para desenvolver todas essas tarefas, e encima disso cumprir com todos os cuidados de seu tratamento. Ele acha que precisa de apoio e ajuda de seus filhos para poder conseguir tal propósito. Que muitas vezes esquece o horário de tomar o medicamento e até de comprar o mesmo quando termina.

Orientamos a Carlos começar de novo com Losartana de 50 mg tomar um comprimido de 12/12 horas continuo, metformina de 850 mg tomar um comprimido no café de amanha e outro comprimido no jantar, de forma continua também. Explicamos a importância de parar de fumar, de fazer uma dieta adequada, evitando alimentos gordurosos, sal, fritos, açúcar e carboidratos, substituir o açúcar por edulcorantes. Explicamos a importância de realizar atividades físicas, ou caminhadas por mais de 30 minutos diários ou em dias alternos, assim como aumentar a ingesta de agua durante o dia. Cumprir com o tratamento indicado, junto a mudanças no estilo de vida, com o objetivo de conseguir o controle metabólico e das cifras da pressão arterial. O

que levaria a melhoria da qualidade de vida dele, além de aumentar sua expectativa de vida. Já na próxima consulta com a equipe reunida e a presencia dos filhos, que o ACS conseguiu trazer a consulta para acompanhar ao pai no processo de atenção, começamos avaliando o nível de relacionamento da família, mas conseguimos perceber um ambiente favorável de harmonia, carinho e respeito pelo pai.

O ACS explica que Carlos precisa de ajuda e apoio com as tarefas do lar, assessoramento com a compra dos medicamentos e criar mecanismos práticos que viabilizem a lembrança da toma dos medicamentos no horário certo. Ajuda com a elaboração e compra dos alimentos, para não errar comprando alimentos daninhos a sua saúde. Conversamos da possibilidade que tem para parar de fumar com apoio da consulta especializada de tabagismo que temos em nosso município, e os danos que ocasiona esta prática durante tantos anos. Falamos da vantagem que pode trazer para sua saúde a pratica diária de exercícios e os cuidados da pele.

Os filhos expressam sua vontade em fazer um plano para acompanhar de forma rotativa, garantindo que sempre fique acompanhado com algum filho e apoiar na compra e cumprimento do tratamento da forma correta. Avaliamos os resultados dos exames solicitados na consulta passada:

Colesterol total: 155 mg/dl. Triglicerídeos: 110 mg/dl. Glicemia em jejum: 108 mg/dl. Urina: Negativa. Creatinine: 0,9 mg/dl. HDL: 50 mg/dl. LDL: 65 mg/dl. Calculo de risco cardiovascular: Risco muito elevado.

Acrescentamos pelo risco cardiovascular elevado Acido Acetíl Salicílico 100mg no almoço, já com cifras de pressão arterial normal de 128/83 mm de Hg. A odontóloga informa a data para fazer consulta em três dias, e o enfermeiro fica responsável em quanto à marcação da consulta de oftalmologia no município. O ACS e eu nos responsabilizamos em fazer o acompanhamento e a coordenação com um grupo de idosos na comunidade que já praticam atividades físicas sistemáticas para brindar a Carlos essa possibilidade. Carlos expressa que agora ele vai fazer todo direitinho devido a que com a ajuda que todos estamos dando-lhe, será muito mais fácil para conseguir o controle de suas doenças.

Devido á aumento nos últimos anos e a prevalência elevada de Diabetes Mellitus em nossa área, é que decidimos realizar este trabalho. Este comportamento epidémico provavelmente deve-se a vários fatores entre os quais se destacam a rasa, a mudança nos hábitos de vida e o envelhecimento da população. A maioria da população latino-americana é mestiça (exceto Argentina e Uruguai), mas ainda

existem alguns países como Bolívia, Peru, Equador e Guatemala onde mais de 40% dos habitantes são indígenas.1 No fim da primeira metade do século passado, teve início no Brasil um acelerado processo de urbanização e de distribuição de seus habitantes. Na década de 1940 (1940-1949), cerca de 70% da população brasileira viviam no campo, e apenas 30% nos grandes centros urbanos. Mas, com o passar dos anos, chegaram em 2000 com cerca de 80% dos nossos habitantes com domicílios nas cidades e apenas 20% no campo, segundo os dados do censo nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE-2000.

Essa mudança na distribuição da população brasileira acarretou modificações importantes no estilo de vida, nos hábitos de alimentação e de atividade física, com o aparecimento do estresse da adaptação, principalmente entre aqueles menos preparados para disputar novos empregos no mercado de trabalho cosmopolita. Por outro lado, essa população procedente do campo passou a ter acesso a esgoto sanitário, água tratada, vacinas e tratamento médico, com as novas drogas como os antibióticos. Todas essas transformações promoveram, em conjunto, modificações importantes no quadro de saúde, morbidade e mortalidade nacionais.2

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza - se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos, e proteínas. As consequências do DM, ao longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. 3

PREVALENCIA: A prevalência do Diabetes Mellitus é de 3%da população total.
CLASSIFICAÇÃO: A classificação atual do Diabetes Mellitus é a seguinte:

- DM tipo 1: destruição da célula b, levando à deficiência absoluta de insulina.
- DM tipo 2: graus variados de resistência insulínica e de deficiência na secreção de insulina.
- GESTACIONAL
- OUTROS TIPOS: decorrentes de defeitos genéticos, associado com outras doenças e desencadeado pelo uso de fármacos diabetogênicos. Consequentemente, os termos anteriormente utilizados como DM insulinodependente e não insulinodependente não devem ser mais empregados. 3

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. 4

Nos Estados Unidos, estimou-se que os custos dos cuidados de saúde para um indivíduo com diabetes eram dois ou três vezes maiores do que os para um sem a doença. 5 Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México. 6

Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US$ 2.108,00 por paciente, dos quais US$ 1.335,00 são relativos a custos diretos. 5

Prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, tendo impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença. Atualmente, a prevenção primária de DM1 não tem uma base racional que se possam aplicar, as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros 3 meses de vida.

Quanto ao DM2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial, sedentarismo e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. 7

3. PROMOÇÕES DA SAÚDE, EDUCAÇAO EM SAUDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO

Com base no estudo dos casos, relacionaremos às medidas de prevenção, educação e promoção da saúde, nas práticas de pré-natal que realizamos na Unidade de Saúde. Toda nossa pratica diária sustentasse nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a assistência à mulher que sugerem, normatizam e estabelecem a educação em saúde no pré-natal. Eles estão respaldados por estudos científicos que comprovam sua efetividade na promoção da saúde durante o evento reprodutivo e dá subsídios para a continuidade da implementação das ações educativas no âmbito do SUS(1).

As atividades educativas junto as gestantes a serem realizadas em grupo ou individualmente devem ter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar. Envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa da mulher durante o parto.

Todas as ações desenvolvidas durante o pré-natal, quando se tem o envolvimento das gestantes interagindo com os profissionais de saúde, podem constituir um processo educativo. Sugere-se desta forma o comprometimento especial das gestantes, dos profissionais, gestores e comunidade nas ações educativas com enfoque na promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida no pré-natal, caracterizando-o como um marco de felicidade na vida da futura mãe.

É por isso que trabalhamos para melhorar a qualidade de saúde das gestantes, puérperas e Recém-nascidos. Capacitar e sensibilizar as gestantes para desenvolverem ações de auto- cuidado no que se refere à realização e acompanhamento do pré-natal, nascimento, puerpério, amamentação e promoção da saúde e cuidados aos RN. Educar as gestantes e puérperas no sentido de diminuir a ocorrência de complicações durante a gestação e puerpério, tais como: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e eclampsia, diabetes gestacional, ganho ponderal inadequado, infecções do trato urinário, mastite, desmame precoce e icterícia neonatal. Promover um espaço de socialização e interação entre as gestantes, dirimindo suas dúvidas, medos e ansiedades. Acompanhar as gestantes portadoras de quaisquer complicações citadas anteriormente, evitando agravos que possam

eventualmente ocorrer e referir para assistência de Pré-natal de alto risco precocemente. Diminuir a ansiedade das gestantes esclarecendo suas dúvidas e promover sua interação com o grupo.

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Contando sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos.

Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são, condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família, atores principais da gestação e parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre se mesmo, levando a um nascimento tranquilo e saudável. Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, sendo-se homem ou mulher. Suscita solidariedade, apreensão.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre os companheiros e familiares. A posição do homem-pai na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as

dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. 0 profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido. A equipe deverá estar preparada para o trabalho educativo.

A maioria das questões que emerge em grupos de pré-natal, em geral, relacionasse aos seguintes temas: importância do pré-natal; sexualidade; orientação higienodietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação; importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres que tem contraindicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave); importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente)(2).

As visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, na frequência possível para cada localidade. Ela deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde.

No que tange especificamente ao acompanhamento da gestante, deve-se ter como objetivos: captar gestantes não inscritas no pré-natal; reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente às de alto risco, uma vez que podem surgir complicações; acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário; completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar; reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde. Deverá ser visto o cartão da gestante e discutido os aspectos

ligados às consultas, à vacinação, aos sintomas que ela está apresentando, aos aspectos relacionais com os demais membros da família e outros. Qualquer alteração deverá ser anotada e informada à enfermeira e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido.

A equipe responsável pela assistência ao recém-nascido deverá ser habilitada para promover: a aproximação, o mais precoce possível, entre a mãe e o bebê para fortalecer o vínculo afetivo e garantir o alojamento conjunto; o estímulo ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina; a garantia de acesso aos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido em risco. A promoção desses aspectos inclui o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher frente ao nascimento.

Como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir:

- Discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias.
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1° trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de as mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção.
- Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e por meio de reuniões comunitárias.
- Sistema eficiente de referência e contra referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um nível de atenção mais complexo deverá levar consigo o cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se

assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal(2).

FATORES DE RISCO NA GRAVIDEZ(2)

- Características Individuais e Condições Sócias demográficas desfavoráveis.
- Idade menor que 17 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor que 1,45 m.
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- História Reprodutiva Anterior.
- Morte perinatal explicada e inexplicável.
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado.
- Abortamento habitual.
- Esterilidade/infertilidade.
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade.
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva.
- Cirurgia uterina anterior.
- Doença Obstétrica na Gravidez Atual.
- Desvio quanta ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico.
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.
- Ganho ponderal inadequado.
- Pré-eclâmpsia – eclampsia.
- Amniorrexe prematura.

- Hemorragias da gestação.
- Isoimunização.
- Óbito fetal.
- Intercorrências Clínicas: Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias, Hemopatias, Hipertensão arterial, Epilepsia, Doenças infecciosas, Doenças autoimunes, Ginecopatias.

É preciso entender a humanização como prática pautada em princípios como integralidade e equidade das ações, evidenciando os usuários como sujeitos de direitos e participantes ativos do seu processo saúde/doença(3).

As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal (4).

Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério, considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino(5). Educação em saúde não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais(6).

Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade. Estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde. Adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas(7).

As mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações durante a assistência pré-natal, e ao mesmo tempo acabam sendo multiplicadoras do conhecimento com seus iguais, pois ao trocarem vivências e informações, geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades. Além a isso adquirem domínio sobre seu corpo e poder de decisão sobre sua gravidez(8). A

realização de ações educativas durante o período gestacional é de grande relevância, já que nessa fase a mulher deve ser bem orientada e informada sobre a gestação, de forma que possa viver o parto de maneira positiva. Evitando as complicações e aprendendo sobre a amamentação e os cuidados com o recém-nascido. Os profissionais de saúde devem, a todo o momento, serem educadores, capazes de compartilhar saberes, buscando proporcionar a mulher autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (5).

Na revisão realizada da literatura, os graus de recomendação para essas práticas estão considerados e classificados como A(alto grau de recomendação), devido às boas evidencias para apoiar as recomendações. Com toda certeza podemos afirmar que ocorreram mudanças em nossas práticas ao ampliar meu conhecimento sobre o assunto, devido a maior atualização e melhor domínio do tema revisado. Permitindo-me poder atuar em nossa comunidade com ações educativas no pré-natal na atenção primária como instrumento essencial e importante, oferecendo mais capacidade de melhorar o impacto da saúde física, mental e emocional da mulher durante o processo gestacional. Acredita-se que estas ações diminuiriam a assimetria na relação das gestantes com o serviço de saúde e melhorariam a qualidade da atenção primária à saúde, e que consequentemente refletiriam positivamente nos indicadores de morbi/mortalidade materno-infantil.

Além de poder atuar em nossa comunidade com ações educativas no pré-natal, também trabalhamos com o tema da Diabetes Mellitus(tema desenvolvido na atividade # 2 do portfolio), patologia que em reiteradas vezes provoca agravos nas gravidas e na população geral.

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde.

Prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, tendo impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença. Atualmente, a prevenção primária de DM1 não tem uma base racional que se possam aplicar, as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros 3

meses de vida. A exposição solar para lograr níveis adequados de vitamina D, a luz solar é a principal fonte de vitamina D, mas ela também pode ser encontrada em alguns alimentos, como atum e sardinha em lata, ovo, queijo cheddar, iogurte, manteiga e fígado de boi. Vale ressaltar que esses alimentos também são ricos em gorduras, então sua ingestão deve ser feita de forma moderada e sob orientação de nutricionista, controlar o peso, evitando o sobrepeso e a obesidade com alimentação equilibrada.

Quanto ao DM2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial, sedentarismo e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade.

Explicamos a importância de evitar fumar, de fazer uma dieta adequada, controlando o peso, evitando alimentos gordurosos, sal, fritos, ingestão de doces, bolos, tortas, sorvetes, refrigerantes e outras bebidas adoçadas. Eles também devem evitar massas elaboradas com farinha branca e arroz branco. Todos esses itens têm alto índice glicêmico (fazem a glicemia aumentar rapidamente), por isso, devem ser substituídos por alimentos com índice glicêmico mais baixo (por exemplo: pães elaborados com farinha 100% integral e arroz integral). Evitando a ingestão de bebidas alcoólicas, dormindo bem e mantendo o stress sob controle. Explicamos a importância de realizar atividades físicas com regularidade, ou caminhadas por mais de 30 minutos diários ou em dias alternos, assim como aumentar a ingesta de agua, verduras e frutas naturais durante o dia. Lograr mudanças no estilo de vida saudável, com o objetivo de conseguir diminuir os riscos do surgimento da doença ou aparecimento de complicações. O que levaria a melhoria da qualidade de vida, além de aumentar sua expectativa de vida.

O bom controle metabólico do diabetes previne o surgimento ou retarda a progressão de suas complicações crônicas, particularmente as microangiopáticas. As medidas de combate ao tabagismo auxiliam no controle do diabetes e na prevenção da hipertensão arterial e de doença cardiovascular. Outras medidas importantes na prevenção secundária para ser desenvolvida pela equipe de saúde são:

1- Tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia, o que reduz substancialmente o risco de complicações do DM.

2- Prevenção de ulcerações nos pés e de amputações de membros inferiores por meio de cuidados específicos que podem reduzir tanto a frequência e a duração de hospitalizações quanto à incidência de amputações em 50%.
3- Rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia, que apresenta grande vantagem do ponto de vista de custo-efetividade dado a importante repercussão nos custos diretos, indiretos e intangíveis da cegueira.
4- Rastreamento para microalbuminúria é um procedimento recomendável para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, permitindo intervir mais precocemente no curso natural da doença renal.
5- Medidas para reduzir o consumo de cigarro auxiliam no controle do DM, visto que o tabagismo se associa ao mau controle do diabetes e causalmente à hipertensão e à doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM.

Fazemos terapia de grupo familiar com a equipe em aqueles pacientes que não tem uma evolução satisfatória, brindando todo tipo de apoio e acompanhamento.

4. VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar poderá acelerar a recuperação do paciente e promover redução dos custos, sendo uma saída mais humana e econômica para os portadores de doenças crônicas ou de longa duração. 1

Outro fator importante é que o paciente ficará afastado do risco de infecções hospitalares e do estresse da internação, sendo ainda beneficiado com a atenção de seu médico de confiança e de todos os recursos necessários, incluindo uma equipe multiprofissional. Deve-se considerar, ainda, a colaboração desse sistema para a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares. 1

Para a medicina moderna, a assistência domiciliar à saúde é uma sequência de serviços residuais a serem oferecidos, depois que o indivíduo já recebeu atendimento primário e prévio, ou seja, aquele que já recebeu atendimento primário com consequente diagnóstico e tratamento; bem como para as pessoas cujas condições desobriga-as de manter-se sob um período maior de intervenção por apresentarem um quadro crônico debilitante. Nada mais justo que um indivíduo com uma afecção crônica, que não mais precise ficar no hospital, beneficie-se dos cuidados possíveis em seu domicílio. 2 Pode, então, esse paciente ser entendido com a cobertura de serviços de saúde a pessoas de qualquer idade, em sua residência ou outro local que não seja institucional.

•Assistência domiciliar: termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar. 1

•Internação domiciliar: relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa. 1

•Atendimento domiciliar: abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhantes a um consultório em casa. 1

A assistência domiciliar à saúde pode caracterizar-se por objetivar diversos benefícios sociais e econômicos, tais como:

- Humanização do atendimento;
- Maior rapidez na recuperação do paciente.
- Diminuição no risco de infeção hospitalar.
- Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem.
- Redução do custo/dia da internação.
- Tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares.
- Prevenção e minimização de eventuais sequelas.
- Redução de internações por recidivas.
- A assistência domiciliar contempla as seguintes características5:
- Ações sistematizadas, articuladas e regulares.
- Pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde.
- Destina-se a responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.
- Desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço do familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde- doença. A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. 5

Nos acompanhamentos de usuários crônicos, referente à atenção domiciliar no plano da atenção básica é imprescindível o processo de trabalho da equipe e prima pela interdisciplinaridade. Cada paciente é discutido e planejado pela equipe, considerando as especificidades técnicas, socioculturais e ações entre equipe, família e comunidade. O primeiro passo é a identificação dos pacientes elegíveis para a atenção domiciliar na territorialização por meio do acionar no território dos ACS em

visitas domiciliares. Pode ser por solicitudes em demandas espontâneas ou aqueles que já estão cadastrados na UBS e precisam cumprir suas visitas de acompanhamento programadas como acontece com os usuários crônicos especificamente. O segundo passo é classificar a complexidade desses pacientes, identificando em qual modalidade de AD se enquadram. Nossa equipe elabora o projeto terapêutico, acionando os serviços especializados, quando necessário, para complementar o cuidado prestado.

A atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados. O planejamento de ações deve ser integrado, dinâmico, flexível e adaptável ao domicílio. Preferentemente que a família participe ativamente no processo de planejamento.

Alguns dos aspectos a desenvolver durante as visitas domiciliares são:

- Compreender ao paciente, desenvolvendo atividades de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, dando lhe participação no processo saúde–doença.
- Trabalhamos na formação e coordenação, de grupos de educação para a saúde, procurando a participação do paciente nos mesmos.
- Orientamos e esclarecemos às famílias todo tipo de duvida ou preocupação relacionado com o processo saúde-doença.
- Monitorizamos o estado de saúde do usuário, facilitando a comunicação entre família e equipe, com controle da pressão arterial, exame físico, controle de glicemia em jejum nos pacientes diabéticos.
- Avaliamos o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, garantindo assistência integral, resolutiva e livre de danos ao paciente.
- Explicamos detalhadamente o esquema terapêutico, nível de execução do tratamento, assim como os cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água.
- Fornecemos suporte aos cuidadores.
- Registramos no prontuário domiciliar e da família na unidade de saúde.
- Orientamos sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
- Trabalhamos nas relações familiares na busca pela harmonia, procurando um

ambiente familiar terapêutico.

As visitas em casos de doenças agudas têm os mesmos princípios, só que são acompanhados ate o momento após a alta e seu nível de frequência geralmente é mais alto, sempre em coordenação com outros serviços especializados no caso que precisarem. O agendamento destas doenças agudas geralmente é feito por demanda espontânea.

O atendimento domiciliar para aqueles casos em vigilância epidemiológica cumprem os mesmos requisitos de forma geral. Controlando em cada visita esquema terapêutico, cumprimento do tratamento, revisamos o preenchimento da ficha de tratamento, reações adversas ao mesmo, evolução da doença, adesão ao tratamento, avaliação dos exames de rutina para detectar precocemente toxicidade medicamentosa, ou alterações no processo saúde-doença. Avaliamos condições ambientais e de moradia, contatos domiciliares, uso de esgoto, existência de água potável e de saneamento básico, a luminosidade, a ventilação e a higiene do ambiente doméstico.

As visitas a usuários que necessitem de ampliação da rede de apoio têm como principal objetivo, a integração real desses serviços e equipes no cotidiano, de modo a construir/fortalecer redes de proteção e manutenção da saúde das pessoas. Integrando-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências à Atenção Domiciliar, torna-se um dispositivo potente na produção de cuidados efetivos por meio de práticas inovadoras em espaços não convencionais (o domicílio), possibilitando, dessa forma, um olhar diferenciado sobre as necessidades dos sujeitos. 5

Definida por arranjos organizativos horizontais de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, com o centro de comunicação na atenção básica (AB). Que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, tem por objetivo a promoção da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (MENDES, 2011). 5

Para ampliar a rede de atenção em nosso território constamos com os serviços especializados oferecidos a nível municipal, hospitais municipais, CAPS, e se precisarem outro nível superior de atenção, estamos conectado na rede com o estado.

O agendamento das visitas domiciliares pode ser por solicitude de qualquer integrante da equipe de saúde que consiga dar conta da necessidade do atendimento

domiciliar de um usuário ou família. Além, pode ser solicitada pela família, cuidadores, vizinhos, ativista de saúde da comunidade, sendo previamente avaliada pela equipe, podendo ser agendada, ou para visita na hora em dependência dos requerimentos do paciente.

Oferecemos acompanhamento e treinamento para as atividades diárias do cuidador. A equipe de atenção domiciliar realiza capacitação prévia na admissão do paciente e durante todo o processo diário de assistência. Explicamos sobre o plano de cuidados e suas mudanças, e informado sobre como proceder em casos de urgência e emergência. A equipe oferece apoio físico e psicológico, evitando o desgaste e sobrecarga excessiva dele. Orientando sobre as dificuldades que serão enfrentadas diariamente, como a vivência com vários tipos de sentimentos (angústia, raiva, amor, ódio, compaixão etc.) e várias situações como falta de paciência, rotinas repetitivas e até situações de como lhe dar com a morte.

Os procedimentos no domicílio são realizados pela equipe em dependência das necessidades do paciente, como curativos, esquemas de tratamentos parenterais, colocação de sonda uretral, vacinação, verificação de pressão arterial e glicemia, etc.

Com certeza esta atividade encontrasse relacionada com o contexto já apresentado na introdução e com os temas relacionados nas demais atividades do portfólio. Pelo fato que a diabete mellitus é uma patologia das doenças crônicas não transmissíveis dentro do programa que precisa com muita frequência de atendimento domiciliar da equipe e acompanhamento multidisciplinar ao longo da vida dos pacientes. Onde temos que controlar fatores higiênicos, ambientais, estimular promover estilos de vida saudável, alimentação saudável, atividade física diária ou regular, assim como o cumprimento do tratamento corretamente e a prevenção e tratamentos das complicações que pode acarrear esta doença.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Referente aos aspectos que foram estudados no Eixo1, podemos dizer que foi muito útil para mim devido à aquisição de conhecimentos que tive referentes a todas as peculiaridades de Brasil como país, mas também todos os conhecimentos das características, evolução, atributos e princípios, do SUS. Os aspectos relacionados com as redes de apoio, leis que apoiam para o bom funcionamento dos programas do SUS, sem esquecer-se do sistema de informação e suas especificidades para poder conseguir um bom fluxo da informação. Mas também das ferramentas oferecidas para tomadas de decisões e soluções dos problemas que possam aparecer no processo da atenção básica.

Com relação ao estudo dos Casos Complexos do Eixo II, podemos expressar que nos permitiu ampliar nossos conhecimentos referentes aos temas estudados, assim como o padrão desenhado no Brasil para fazer um acompanhamento correto dos pacientes que apresentarem essas patologias. Com a integração da rede de apoio para reforçar e complementar o atendimento com o nível requerido para cada caso, permitindo-nos alcançar melhores resultados e uma maior qualidade na atenção primária. Sendo cada dia mais eficiente e com maior poder de resolutividade no processo de atenção saúde-doença.

Para mim foi ótimo haver tido a possibilidade de participar em este Curso de Especialização. Eu acredito que está bem desenhada e organizada, com um elevado nível cientifico, e oferendo sempre métodos e formas para utilizar na prática médica diária cada conhecimento adquirido, permitindo um melhor desempenho como médico em nossa área de abrangência.

O uso da ferramenta do portfólio foi de muito proveito para mim, já que por meio dele conseguimos integrar todos os temas estudados, aplicando ferramentas aprendidas no Eixo I para soluções de problemas. Ajudou-me a desenvolver habilidades na investigação e a profundar muito mais nos conhecimentos estudados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO B; ARBAÑIL H; ARGUEDAS C. Guías alad de diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2006; 1: 9-10.
- MILECH A; Diabetes Mellitus — Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar/editores José Egídio Paulo de Oliveira. — São Paulo: Editora Atheneu, 2006; 7:14-7.
- COSTA A; MOREIRA A; Ministério da Saúde-CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA-Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus –Protocolo – Brasília –2001. 16-17.
- CHAIT A et al. Lipoprotein-associated inflam-matory proteins: markers or media-tors of cardiovascular disease. J Lipid Res. 2005; 46:389-403.
- FEINGOLD KR et al. Infection and inflammation de-crease apolipoprotein M expression. Atherosclerosis. 2008; 199:19-26.
- FLINT OP et al. The role of protease inhibitors in the patho-genesis of HIV associated lipodys-trophy: cellular mechanisms and clinical implications, Toxicol Pathol. 2009; 37:65-77.
- CONSTANS J; PELLEGRIN JL; PEUCHANT E. Plasma lipids in HIV-infected patients: a prospective study in 95 patients. Eur J Clin Invest. 1994; 24:416-20.
- CARDOSO AMR; SANTOS SM; MENDES VB. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação - um processo educativo? Diálogos Possíveis. [Internet]. 2007 [cited 2011 jun 30];6(1):141-59. Available from: http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/ 11.pdf.
- Assistência Pré-natal: Manual técnico, JANINE Schirmer et al,3ª edição, Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.66p.
- SIMÕES ALA et al. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. Reme: Rev. Min. Enferm. 2007;11(1):81-5.
- ALVIM DAB, BASSOTO TRP, MARQUES GM. Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Rev. Meio Amb. Saúde. 2007;2(1):258-72.
- RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477 – 486, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-440903>. Acesso em: 3 set. 2010.
- PEREIRA ALF. As tendências pedagógicas e a pratica educativa nas ciências da saúde. Cad Saude Publica. 2003;19(5):1527-34.
- Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- SOUZA VB, ROECKER S, MARCON SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá – PR. Rev. Eletr. Enf. 2011 Abr/Jun; 13(2): 199-210.
- NOLI do Amaral, N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde: Sua História e Sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. São Paulo. 2001. P.111-117.
- BENJAMIN AE. An historical perspective on home care policy. The Milbank Quartely, 71(1):129-66, 1993.

- BUHKER-WILKERSON K. Public Health Then and Now. Am J Public Health, 83:1778-6, 1993.
- Revista Realidade Hospitalar. Internação domiciliar reduz custos e sofrimento. São Paulo.1999.p.28-30.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, Brasília, 2012. P.24-26.
- http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/14/economia-cameta.hmtl.
- http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/1441.htm.
- http://www.mma.gov.br/estruturas/pda/_publicacao/51_publicacao1201201110 5 114.pdf
- http://www.seidurb.pa.gov.br/pdm/cameta/pd_cameta.pd.
- ALVARADO B; ARBAÑIL H; ARGUEDAS C. Guías alad de diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2006; 1: 9-10.
- MILECH A; Diabetes Mellitus — Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar/editores José Egídio Paulo de Oliveira. — São Paulo: Editora Atheneu, 2006; 7:14-7.
- COSTA A; MOREIRA A; Ministério da Saúde-CADERNOS DE ATENÇÃO
- BÁSICA-Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus –Protocolo – Brasília–2001. 16-17.
- CHAIT A et al. Lipoprotein-associated inflam-matory proteins: markers or media-tors of cardiovascular disease. J Lipid Res. 2005; 46:389-403.
- FEINGOLD KR et al. Infection and inflammation de-crease apolipoprotein M expression. Atherosclerosis. 2008; 199:19-26.
- FLINT OP et al. The role of protease inhibitors in the patho-genesis of HIV associated lipodys-trophy: cellular mechanisms and clinical implications, Toxicol Pathol. 2009; 37:65-77.
- CONSTANS J; PELLEGRIN JL; PEUCHANT E. Plasma lipids in HIV-infected patients: a prospective study in 95 patients. Eur J Clin Invest. 1994; 24:416-20.
- CARDOSO AMR; SANTOS SM; MENDES VB. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação - um processo educativo? Diálogos Possíveis. [Internet]. 2007 [cited 2011 jun 30];6(1):141-59. Available from: http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/ 11.pdf.
- Assistência Pré-natal: Manual técnico, JANINE Schirmer et al,3ª edição, Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.66p.
- SIMÕES ALA et al. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. Reme: Rev. Min. Enferm. 2007;11(1):81-5.
- ALVIM DAB, BASSOTO TRP, MARQUES GM. Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Rev. Meio Amb. Saúde. 2007;2(1):258-72.
- RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477 – 486, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-440903>. Acesso em: 3 set. 2010.
- PEREIRA ALF. As tendências pedagógicas e a pratica educativa nas ciências da saúde. Cad Saude Publica. 2003;19(5):1527-34.
- Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

- SOUZA VB, ROECKER S, MARCON SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá – PR. Rev. Eletr. Enf. 2011 Abr/Jun; 13(2): 199-210.
- NOLI do Amaral, N. et al. Assistência Domiciliar à Saúde: Sua História e Sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. São Paulo. 2001. P.111-117.
- BENJAMIN AE. An historical perspective on home care policy. The Milbank Quartely, 71(1):129-66, 1993.
- BUHKER-WILKERSON K. Public Health Then and Now. Am J Public Health, 83:1778-6, 1993.
- Revista Realidade Hospitalar. Internação domiciliar reduz custos e sofrimento. São Paulo.1999.p.28-30.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, Brasília, 2012. P.24-26.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

SILVERIO BARBARO FUENTES VELIZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

CAMETÁ-PARÁ

2016

1. INTRODUÇÃO

América Latina (AL) inclui 21 países com quase 500 milhões de habitantes e espera-se um aumento dos 14% nos próximos 10 anos. Existem aproximadamente 15 milhões de pessoas com DM em AL e esta cifra chegará a 20 milhões em 10 anos, muito mais do esperado pelo incremento da população. Este comportamento epidémico provavelmente deve-se a vários fatores entre os quais destacam-se a rasa, a mudança nos hábitos de vida e o envelhecimento da população. A maioria da população latino-americana é mestiça (exceto Argentina e Uruguai), mas ainda existem alguns países como Bolívia, Peru, Equador e Guatemala onde mais de 40% dos habitantes são indígenas. 1

No fim da primeira metade do século passado, teve início no Brasil um acelerado processo de urbanização e de distribuição de seus habitantes. Na década de 1940 (1940-1949), cerca de 70% da população brasileira viviam no campo, e apenas 30% nos grandes centros urbanos. Mas, com o passar dos anos, chegaram em 2000 com cerca de 80% dos nossos habitantes com domicílios nas cidades e apenas 20% no campo, segundo os dados do censo nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE-2000. Essa mudança na distribuição da população brasileira acarretou modificações importantes no estilo de vida, nos hábitos de alimentação e de atividade física, com o aparecimento do estresse da adaptação, principalmente entre aqueles menos preparados para disputar novos empregos no mercado de trabalho cosmopolita. Por outro lado, essa população procedente do campo passou a ter acesso a esgoto sanitário, água tratada, vacinas e tratamento médico, com as novas drogas como os antibióticos. Todas essas transformações promoveram, em conjunto, modificações importantes no quadro de saúde, morbidade e mortalidade nacionais. 2

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza - se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos, e proteínas. As consequências do DM, ao longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. 3

PREVALENCIA: A prevalência do Diabetes Mellitus é de 3%da população total.
CLASSIFICAÇÃO: A classificação atual do Diabetes Mellitus é a seguinte:

- DM tipo 1: destruição da célula b, levando à deficiência absoluta de insulina.
- DM tipo 2: graus variados de resistência insulínica e de deficiência na secreção de insulina.
- GESTACIONAL
- OUTROS TIPOS: decorrentes de defeitos genéticos, associado com outras doenças e desencadeado pelo uso de fármacos diabetogênicos. Consequentemente, os termos anteriormente utilizados como DM insulinodependente e não insulinodependente não devem ser mais empregados. 3

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. 4 Nos Estados Unidos, estimou-se que os custos dos cuidados de saúde para um indivíduo com diabetes eram dois ou três vezes maiores do que os para um sem a doença. 5

Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México. 6

Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US$ 2.108,00 por paciente, dos quais US$ 1.335,00 são relativos a custos diretos. 5 Prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, tendo impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença. Atualmente, a

prevenção primária de DM1 não tem uma base racional que se possam aplicar, as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros 3 meses de vida.

Quanto ao DM2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial, sedentarismo e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. 7

JUSTIFICATIVA

Este trabalho justificasse pela alta frequência de DM na UBS da localidade de Porto Grande, município Cametá, e pelo numero elevado de pacientes com fatores de risco como, obesidade, sedentarismos, dislipidemias, maus hábitos dietéticos, hipertensão arterial que foram encontrados durante o processo de cadastramento e acompanhamento na comunidade. As complicações diabéticas estão modificando o comportamento das morbidades e das mortalidades devido ao aumento de casos.

A proposta deste trabalho e desenvolver estratégias para aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com diabetes mellitus e/ou risco de adoecer, além de diminuir as complicações com promoção de hábitos de vida saudáveis.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Contribuir a diminuir a prevalência da Diabetes Mellitus tipo2, promovendo atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida para pacientes diabéticos.

2.2 Objetivos específicos

- Promover na população geral um estilo de vida saudável com especiais ênfases nos hábitos alimentares adequados e exercícios físicos regulares.
- Evitar ou retardar a aparição de DM2 identificando a população com risco de padecer e implementando medidas preventivas adequadas para cada situação individual.
- Criar Grupos de apoio Integral aos Pacientes Diabéticos na UBS, unificando critérios de abordagem do usuário diabético e sua família no primer nível de atenção, aumentando a eficácia e eficiência no processo de atenção.

3. METODOLOGIA

Cenários da intervenção: O território onde será desenvolvido o projeto de intervenção é a zona de abrangência do posto de saúde de porto grande, com uma população de 4643 habitantes, do município Cametá, estado Pará, Brasil.

Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção: Os sujeitos envolvidos na intervenção será a população da UBS de Porto Grande, com um total de 4643 habitantes. O total de pacientes adultos diabéticos, compreendidos na faixa etária de 15 anos e mais, sendo um total de 49, deles 27 são masculinos e 22 femininas. A equipe de profissionais destinados que trabalharam na intervenção esta composta por o médico, o enfermeiro, dois auxiliais de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e os assistentes sociais.

Estratégias e ações: Realizaremos uma intervenção, com atividades educativas a nível individual e grupal em sala comunitária do posto de saúde, destinada para dar conferências e palestras a população, neste caso realizaremos 4 atividades, uma vez por semana, as quartas feiras, começando às duas horas da tarde, com uma duração de 60 minutos cada uma. Tendo como objetivo facilitar aos pacientes e familiares os conhecimentos necessários para poder desempenhar um bom controle e prevenção dos aspectos relacionados à Diabetes Mellitus.

Temática:

Tema # 1: Conceito, epidemiologia e classificação da Diabetes Mellitus. (Responsável enfermeiro).
Tema # 2: Fatores de riscos e aspectos clínicos da Diabetes Mellitus. (Responsável médico).
Tema # 3: Complicações e tratamento farmacológico da Diabetes Mellitus. (Responsável médico).
Tema # 4: Tratamento não farmacológico (prevenção, estilos de vida saudável).

Desenvolveremos os conhecimentos necessários relacionados com o tema da Diabetes Mellitus, a equipe de saúde envolvida no projeto de intervenção, para poder

qualificar e controlar os objetivos do projeto. (Responsável médico).

Avaliação e monitoramento: Para avaliar e monitorar o projeto desenharemos um questionário para qualificar os conhecimentos adquirido durante as atividades educativas e além a isso confeccionaremos um programa de aspectos a ter em conta para avaliar por parte do pessoal da UBS, os resultados positivos com relação ao bom manejo da Diabetes e seus riscos, controlando aspectos básicos como: alimentação, exercícios físicos, cuidado e atenção bucal, cuidados dos pês, controle de hábitos nocivos, atenção oftalmológica, controle do peso, uso correto do tratamento, e adesão ao mesmo, com uma frequência semanal.

Controlaremos também os resultados das cifras de glicose antes e depois de dominar os conhecimentos relacionados com o bom controle da Diabetes. Utilizaremos técnicas de participação, com preguntas e respostas, para demostrar as habilidades e os conhecimentos adquiridos durante as atividades educativas. Além realizaremos junto com o método avaliativo, técnicas de observação direta em visitas domiciliares, durante o processo de educação nas aulas, e seu atuar cotidiano dentro da comunidade.

4. CRONOGRAMA

Atividades	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Identificação do problema.	X					
Consulta bibliográfica	x	X	X	X	X	
Elaboração do projeto		X	X	X	X	
Intervenção			X	X	X	
Discussão do trabalho.						X
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade						X

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala comunitária do posto de saúde para realização da palestra.
- Balança.
- Aparelho para medir pressão.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Data show.
- Caneta.
- Profissionais: Médico, Enfermeiro, Téc. Enfermagem, ACS.
- Listas com pacientes pesquisados.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Por meio desta proposta de projeto de intervenção espera-se diminuir a prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 e assim poder aumentar o nível de conhecimentos na população em relação ao tema abordado, além de prevenir as possíveis complicações ou danos que possam aparecer a curto e longo prazo. Também, possibilitamos que a população selecionada para o estudo possa transmitir os conhecimentos adquiridos ao resto das pessoas, e assim, poder garantir modo e estilos de vidas mais saudáveis, diminuindo os fatores de risco de padecer a doença, reduzindo a incidência de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFIA

- ALVARADO B; ARBAÑIL H; ARGUEDAS C. Guías alad de diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2006; 1: 9-10.
- MILECH A. Diabetes Mellitus — Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar/editores José Egídio Paulo de Oliveira,.— São Paulo: Editora Atheneu, 2006; 7:14-7.
- COSTA A; MOREIRA A. Ministério da Saúde –CADERNOS DE ATENÇÃO
- BÁSICA –Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus –Protocolo – Brasília –2001. 16-17.
- CHAIT, A et al. Lipoprotein-associated inflam-matory proteins: markers or media-tors of cardiovascular disease. J Lipid Res. 2005; 46:389-403.
- FEINGOLD, KR et al. Infection and inflammation de-crease apolipoprotein M expression. Atherosclerosis. 2008; 199:19-26.
- FLINT, OP et al. The role of protease inhibitors in the patho-genesis of HIV associated lipodys-trophy: cellular mechanisms and clinical implications, Toxicol Pathol. 2009; 37:65-77.
- CONSTANS, J et al. Plasma lipids in HIV-infected patients: a prospective study in 95 patients. Eur J Clin Invest. 1994; 24:416-20.