

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

LUIS ERNESTO LINARES MARTINEZ

**Propostas para diminuir complicações em usuários com Diabetes
Mellitus na USF Guarani do município Novo Hamburgo/RS**

**Porto Alegre,
2018.**

LUIS ERNESTO LINARES MARTINEZ

Propostas para diminuir complicações em usuários com Diabetes Mellitus na USF Guarani do município Novo Hamburgo/RS

Trabalho referente a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família apresentando para UNASUS /UFSCPA com o objetivo parcial para finalização do curso.

Orientador: Prof. Fabio Franchi Quagliato

PORTO ALEGRE

2018

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	4
2.ESTUDO DE CASO CLÍNICO.	7
3.ATIVIDADE DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE.	11
4.VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	23
6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
7. ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO.	31

1.INTRODUÇÃO

Meu nome Luis Ernesto Linares, cubano graduado de Doutor em medicina no Instituto Superior de Ciências Médicas de Villa Clara, (ISCMVC), data de terminação 1994, fiz a especialidade durante três anos de Medicina Geral Integral, trabalhando sempre em medicina familiar e comunitária, durante os 20 anos de trabalho como parte da educação continuada é realizado vários cursos e mestrado em Atenção Integral a Mulher, atualmente trabalho no Projeto Mais Médicos para o Brasil, município Novo Hamburgo R/S na USF Guarani do Barrio Guarani.

Novo Hamburgo é o município do Estado Rio Grande do Sul (RS), está situado no Vale do Sinos, região metropolitana, seu núcleo gerador da cidade foi iniciado em 1824, com fixação de imigrantes alemães e italianos. Segundo o censo (IBGE 2016) a população é de 249.113 habitantes, sua densidade demográfica 1.067,5 (hab./km²) (IBGE, 2010). A cidade tem 25 bairros urbanos e três rurais. A maior parte da população se encontra no centro do município, na zona urbana, uma pequena parte reside em zona rural de Lomba Grande. Portanto podemos considerar que o município tem um predomínio urbano.

De acordo com o censo realizado em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,747% e Incidência da Pobreza 29,7% (IBGE, 2016). A maioria da população do município é atendida pelo SUS. Os serviços de atenção em saúde estão compostos por: um hospital municipal, duas unidades de pronto atendimento (urgência e emergência), sete unidades básicas de saúde (UBS), 17 Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de atenção Psicossocial Infantil (CAPSI). Outros serviços do município são: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Amigos do Bebê. Ambulatório de Saúde Mental, Casa de Vacinas, Centro de Educação Nutricional, Centro de Especialidades, Centro de Imagens, cinco farmácias comunitárias, uma Farmácia do Estado, uma Farmácia Popular do Brasil, Grupo

de Pele, um Laboratório Municipal, Serviço de Atenção Especializada (SAE), Hospital Regina, Hospital da Visão e laboratórios privados todos com convênio com o SUS.

A Unidade Saúde da família (USF) Guarani está localizada na rua Demétrio Ribeiro, Barrio guarani, fundada em 20 de dezembro de 2012, antes desta data a população era atendida por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na mesma área. A estrutura física da (USF) possui salão de espera, salas de consultas, sendo duas delas para consultas de enfermagem, sala de vacinação, sala para atendimento das emergências, sala de curativos e procedimentos, uma sala com recursos necessários para consulta odontológica, um salão de reuniões, uma sala para os agentes comunitários de saúde (ACS) uma sala de esterilização, um armazém para os medicamentos, dois banheiros e duas salas administrativas.

A USF oferece cobertura de atendimento para 100% da população, está formada por cinco equipes de saúde que atendem diferentes áreas, na área trinta e cinco, onde eu atuo, tem uma abrangência de 3.998 habitantes cadastrados, com predomínio do sexo feminino e faixa etária de 20 a 70 anos de idade. A população predominantemente é de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis que precisam cuidado continuado. A equipe da área trinta e cinco está formada por uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico.

O principal problema de saúde em nossa USF é o aumento de atendimentos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como a Diabetes Mellitus e suas complicações agudas e crônicas.

A Diabetes Mellitus é o segundo motivo de consulta médica agendada e demanda espontânea na unidade, além disso muito pacientes tem fatores de risco como: estresse psicossocial, obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, sedentarismo, dislipidemias, tabaquismo, que afetam na qualidade de vida na população, das doenças crônicas a Diabetes Mellitus está entre as de maior ocorrência, e é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, vasculares periféricas, acidente vascular cerebral, afecções renais e da visão.

O Projeto de intervenção educativa visa diminuir as complicações em usuários com Diabetes Mellitus na área trinta e cinco da USF Guarani. O referido projeto se justifica pelo alto número de pessoas com Diabetes Mellitus e fatores de risco que se observa na área de atuação. Observa-se a necessidade de intervenções imediatas, mediante estratégias de promoção e prevenção da saúde, aumentando também o conhecimento sobre esta doença para promover mudanças no estilo de vida da população, além do diagnóstico precoce, controle da diabetes, reduzir as complicações em os usuários, visando melhorar a qualidade de vida, como a avaliação integral e o tratamento de qualidade junto a seu acompanhamento na unidade. A consulta coletiva, é uma das ações do Projeto de Intervenção na USF Guarani com grupos de pacientes Diabéticos e usuários com riscos de desenvolver a doença, sua prevençã e diminuir complicações, destacando o pouco conhecimento da população referente esta doença crônica.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Paciente R.G.P. de 53 anos de idade feminina é usuária da USF, residente do Barrio Vila Nova, trabalhadora no mercado, mora em uma casa perto da unidade com seu esposo M.A.K. de 60 anos de idade aposentado, fumador e hipertenso e dois filhos JAG de 22 anos e MAG de 19 anos de idade, masculinos, vem a USF o dia 02/05/17, refere que foi atendida em Pronto Atendimento, onde trataram de urgência, realizarem HGT resultado 249 mg/dl, e recomendaram ir à USF, para levar acompanhamento, o agente de saúde marco consulta para ela, hoje com queixas de perda de peso 4 kg no último mês, vontade de comer doce, muita sede e urinas frequentes, refere que sua alimentação não é boa, porque trabalha no mercado e gosta muito de bolachas, doces, refrigerantes, também queixas de tonturas e dor de cabeça, fadiga, fraqueza. Histórico de Diabetes Mellitus tipo 2, em uso Metformina comprimidos de 850mg 1 comp, após café de manhã e após janta, relata que as vezes esqueça de tomar os remédios porque acorda muito cedo para ir para ao trabalho, tabagista: 10 cigarros por dia, faz 20 anos, nega alergia a medicamentos e outros tipos de alergias, nega álcool.

APF: Pai Diabético falecido: Doença do coração. Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II e HAS, um irmão: 42 anos: -Hipotireoidismo. Segundo irmão: 49 anos com Diabetes Mellitus tipo II.

A triagem do paciente com a pressão arterial 135/80 Peso: 87kg, Altura: 1.69m, HGT: 204 MG/dl. IMC: 30.5 O exame físico da paciente encontra-se com bom estado geral, consciente, orientada, pele sem alterações, com mucosas hidratadas e coradas. A ausculta cardíaca com ruídos cardíacos arrimados, sem sopros cardíacos, a pressão arterial 135/80mmhg, a ausculta pulmonar sem alterações, o abdome globuloso com presença de cicatriz cirúrgica por apendicites, e ausência de circulação colateral, ruídos hidroaéreos presentes e normais, sem dor a palpação superficial e profunda, sem tumor palpável, sem visceromegalias e suas extremidades inferiores sem presença de edemas, com presença de micro varizes e pulsos profundos presentes e normais.

Hipótese diagnóstica: 1- Diabetes mellitus tipo 2. / 2- Obesidade

Pelas cifras de glicemia elevadas coletadas, na Unidade de Pronto Atendimento e na USF, os sintomas apresentados no momento e também os fatores de risco (obesidade, estilo de vida pouco saudável). Confirmamos que a paciente está descompensada de sua doença crônica, explicamos que nesta doença (Diabetes Mellitus) é importante controlar os valores de glicose, para evitar complicações a curto e longo prazo, obtendo uma melhor qualidade de vida, para isto é necessária uma boa adesão ao tratamento, modificar o estilo de vida, uma alimentação saudável (restrição na dieta de açúcares, sal, alimentos industrializados) assim como o consumo de vegetais, frutas, horário regular para as refeições, a prática de exercícios físicos de baixo impacto, evitar estresse, eliminar o hábito de fumar, e o autocuidado com os pés (pé diabético). Explicamos as complicações que podem acontecer como as doenças do coração, doenças nos rins, afetar a visão e problemas de circulação que afetam frequentemente os membros inferiores.

Avaliamos os conhecimentos da paciente sobre sua doença crônica e as consequências para sua saúde, o tratamento medicamentoso (Metformina 850mg (um comprimido após o café de manhã, e um comprimido após o jantar), AAS 100 mg (tomar 1 comprimido após almoço). Solicitei exames: Hemograma Completo, perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos), glicose em jejum, Hemoglobina glicada, creatinina sérica, TSH, T4 livre, TGP, TGO, GGT, Eletrocardiograma, Raio x tórax, EQU, Urocultura, Encaminhamos a paciente para oftalmologia para realizar o exame de fundo de olho já que na unidade não contamos com oftalmoscópio, encaminhei para a nutricionista que atende na unidade. Solicitei o controle de glicose capilar e PA por 10 dias para avaliar efetividade da conduta e tratamento e retorno em 15 dias ou antes se for necessário. Ao retornar em consulta, foi realizado a triagem PA:130/80 Peso:80kg, HGT:142 mg/dl. Apresentou um bom estado geral, refere-se que está se sentindo melhor, tomando corretamente as medicações, está se esforçando para mudar o seu estilo de vida. Avaliamos o controle de da glicose capilar (valores entre 140 e 165). E os resultados dos Exames laboratoriais. Data (04-05-17) Exames HB 15,4 g\dl, Leucócitos 7x10, Glicemia 158 mg\dl, HB glicada, 6,9%, Colesterol total 264 mg\dl Triglicerídeos 140 mg\dl, Creatinina

0,98 mg\dl, EQU (parâmetros normais), Urocultura: sem crescimento, TGP:32U/L, TGO:28U/L, GGT:31 U/L, o Raio-x de tórax (sem alterações), fico pendente a avaliação oftalmológica. Pelos resultados dos exames laboratoriais mantemos o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Obesidade e Hipercolesterolemia.

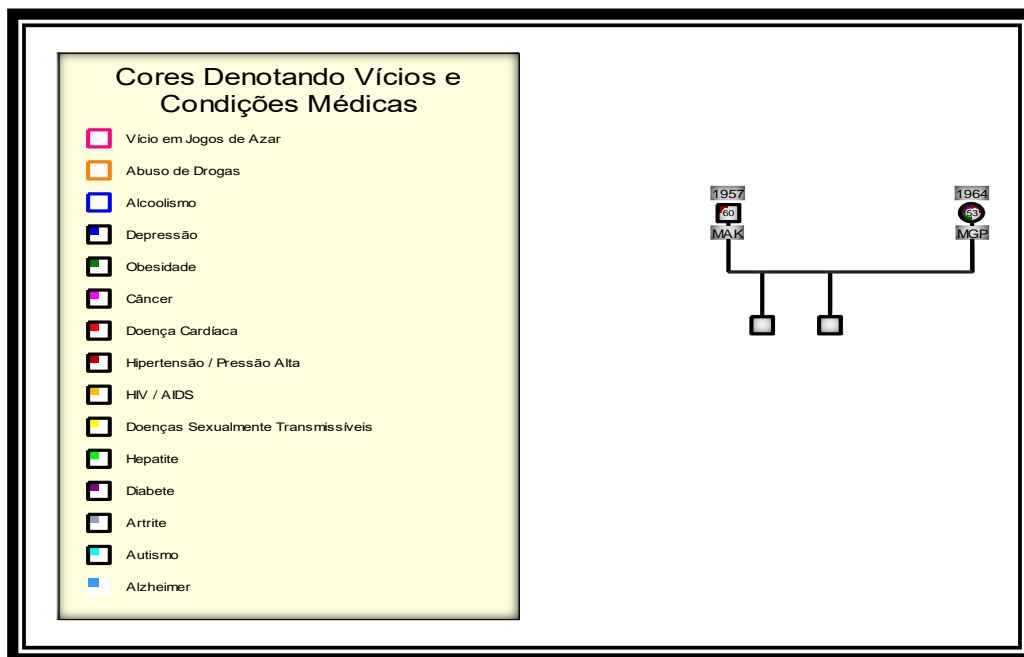
Reforço a educação em saúde sobre os hábitos de vida saudáveis: como a alimentação, a prática de exercício e evitar o estresse, explicou a importância do controle das suas doenças para prevenção de complicações, além da participação no grupo de doenças crônicas. Reforçando ainda os cuidados da pele, dos pés, o uso de calçado adequado, mas a paciente trabalha no mercado com várias horas em pé. Foi indicado o aumento da dosagem de (Metformina 850 mg 1 comprimido após café, 1 comp. após almoço e um comprimido após a janta). Expliquei que a mesma apresenta o aumento do colesterol total no sangue, e para reduzir, é importante diminuir o consumo de gorduras como: a margarina, nata, maionese, etc. Solicitei o controle da glicose capilar por 10 dias. Indico Sinvastatina 20 mg tomar 1 comprimido uma hora após jantar, pois este medicamento junto com as mudanças na alimentação, ajudaria a diminuir os níveis de colesterol. Mantendo as demais medicações, assim como o a participação no grupo antitabagismo na casa da vacina que é uma extensão na rede do município. Aproveitei e fiz o convite a seu esposo que também é fumante, hábito que afeta a saúde da família (neste caso dos filhos que são fumantes passivos). Solicitei a reavaliação em 15 dias. Ao retorno da consulta, a paciente refere-se sentir bem, e que gostou muito de participar dos grupos, começou a diminuir o número de cigarros por dia. Foi avaliada pela nutricionista e a mesma reforçou a importância de uma alimentação saudável e dos hábitos alimentares. Expliquei a paciente que faria um estudo a partir de artigos científicos, relacionados a Diabetes, hábitos de fumar que seriam discutidas nas próxima consulta individual e atividades de grupo e assim entender melhor a importância do controle de glicose, assim como o autocuidado, evitando complicações fatais.

O primeiro artigo é muito importante para conhecer acerca do risco cardiovascular em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, sua prevenção primária, a importância do adequado controle de glicose em sangue, pressão

arterial, uso de AAS e os câmbios no estilo de vida, além com este artigo conhecemos o comportamento da função renal em pacientes com Diabetes tipo 2.(FOX et al., 2015).O segundo artigo é importante porque conhecemos o frequente que os pacientes com pre diabetes e diabetes podem desenvolver doenças cardiovasculares (insuficiência do coração ou diminuição da fracção de ejeção).(KRISTENSEN et al., 2016).O terceiro artigo é um estudo que avalia a associação entre a cessação do tabagismo e a continuidade deste habito com a incidência de Diabetes Mellitus e corrobora que a diminuição do habito de fumar e o mais importante mudança de estilo de vida para diminuir o risco cardiovascular, as doenças pulmonares como câncer e a incidência de Diabetes mellitus.(STEIN et al., 2014)

Destaque-se os resultados positivos individuais e com a família logrando uma adequada adesão aos tratamentos, mudanças no estilo de vida e eliminação de fatores de riscos modificável, além disso aumentar seus conhecimentos sobre sua doença, fatores de riscos e complicações. O caso anterior foi escolhido pelo número elevado de fatores de riscos, doenças crônicas como a Diabete Mellitus com complicações agudas e crônicas na população onde estamos inseridos.

FIGURA 1- Genograma representativo do caso clínico descrito



Fonte: Elaborado pelo autor

3.ATIVIDADE DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE.

Segundo a literatura nos últimos anos no Brasil e a maioria dos países do mundo existe um envelhecimento da população, acompanhados de estilos de vida pouco saudáveis, consumo cada vez mais de alimentos industrializados, obesidade, sedentarismo, consumo inadequado de álcool, tabagismo o que favorece a incidência e alta prevalência de doenças crônica não transmissíveis, exige aos sistemas de saúdes procurar métodos cada vez mais eficazes, sustentáveis, com mais resolutividade, por isso está em a promoção e prevenção os melhores instrumentos que ajudam diminuir fatores de riscos, prevenir doenças, ainda de diminuir complicações em muitos usuários com doenças crônicas, melhorando a qualidade de vida da população.

Do ponto de vista de BUSS, a promoção da saúde se refere “às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde”, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição “ Inter setorial e intrasetorialmente”, pelas ações de ampliação da consciência sanitária como direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais (BUSS, 2010).

A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976). Pelo anterior a prevenção relaciona se com doenças já existentes na população. Na USF onde eu trabalho, tem uma população com predomínio de usuários idosos, porém por ser uma população ampla existe também um número significativo de pessoas jovens então é importante trabalhar ações de **promoção e prevenção** para todas as faixas etárias, pelo que as medidas identificadas nos casos clínicos podem ser aplicadas para muitos usuários e situações que se apresentam no dia a dia em nossa unidade.

- Identificação das medidas de prevenção, educação e promoção da saúde:

As medidas de prevenção e promoção de saúde que identificamos para crianças e adolescentes são: promoção da importância das consultas de puericulturas com a periodicidade estabelecida pelo Ministério da Saúde e cumprir calendário vacinal de crianças e adolescentes, aleitamento materno exclusiva, saúde bucal, promoção de consumo de alimentos naturais e não industrializados, promoção de atividade físicas, trabalho com adolescentes e apoio família e como enfrentar o álcool e drogas.

As medidas prevenção e promoção identificadas na saúde da mulher são: promoção de atenção pré-natal de qualidade, promover medidas para enfrentamento ao climatério com uma etapa mais da vida da mulher, violência contra mulher, promoção e prevenção do câncer de mama e colo do útero.

Em relação a saúde do trabalhador são muitos as medidas de promoção e prevenção em saúde identificados: Promoção dos direitos e deveres de usar meios de proteção acorde os diferentes trabalhos, de direitos dos trabalhadores, promoção de vacinas a trabalhadores, promoção de declaração dos acidentes de trabalho, vacinas aos trabalhadores com riscos específicos, solicitude exames e atenção de qualidades a trabalhadores com riscos.

As medidas de prevenção e promoção em paciente com doenças mentais identificadas são: Estimulação de ajuda aos familiares, promoção da autoconfiança e da independência do paciente com problema de saúde mental, promoção e prevenção do álcool e habito de fumar.

A saúde dos homes e idosos as medidas de prevenção e promoção identificadas são: promoção da realização de exercícios físicos acorde a idades das pessoas, alimentação saudável, adesão aos tratamentos para doenças crônicas, promover a participação de idosos juntos com cuidadores os familiares nos grupos de educação para a saúde. Todas as atividades identificadas são aplicadas em nossa área pelos membros das equipes da USF.

- *Relação das medidas identificadas com a puericultura*

Nos atendimentos de *puericultura* realizamos promoção para conscientizar as mães e familiares assistir com a frequência as consultas estabelecida por os profissionais, explicamos que o momento de tirar dúvidas, acompanhar o desenvolvimento da criança, promover o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, alimentação saudável nas crianças, oferecer a menor quantidade possível de alimentos industrializados, higiene dos alimentos para evitar diarreias, parasitoses, evitar o uso de bicos, indicamos o uso de Sulfato ferroso e Ácido fólico a partir dos 6 meses de idade para prevenção de Anemia; ensinamos também as mães como atuar frente as doenças respiratórias , diarreias e febre e assim evitar complicações, prevenção de parasitoses e doenças infectocontagiosas.

- *Relação das medidas identificadas com as doenças crônicas:*

Seguindo a proposta de relacionar as medidas com os atendimentos decidi aplicar as que foram identificadas como aplicáveis as doenças crônicas pois o projeto de intervenção que realizei é referente a estas doenças, além do caso clinico apresentado na segunda atividade do portfólio e pela experiência adquirida na participação dos grupos de doenças crônicas (Hiperdia) para promover saúde e prevenir complicações de usuários com Diabetes e Hipertensão. Antigamente nos grupos se abordavam temas dirigidos e propostos por os profissionais da equipe, agora as atividades do grupo se fazem com a participação dos usuários, onde eles relatam suas próprias experiências negativas e positivas em relação a sua doença, eles sugerem os temas para o próximo encontro, muitos familiares e cuidadores participam nas atividades do grupo, os convites são realizados no momento que os pacientes são acolhidos na unidade, nas consultas de demanda espontânea, consultas de Hiperdia, visitas domiciliares pela equipe, realizamos consultas coletivas com participação de a nutricionista, dentista. Encontrei muitos pacientes com obesidade, alimentação pouco saudável, com estresse e que tinham mal controle de suas doenças, além coexistem muitas vezes no mesmo paciente tanto a HAS como a

Diabetes Mellitus pelo que apliquei a maior quantidade possível de medidas de educação em saúde sobre a importância da atividade física regular, alimentação saudável, controle do peso corporal e adesão ao tratamento entre outros temas como o controle do estresse.

Referente ao caso clínico, o qual melhorou a diabetes e a hiperlipidêmica, porém há poucos dias detectamos cifras tensionais altas e foi diagnosticada com Hipertensão Arterial, coisa que tínhamos previsto que aconteceria, pelos fatores de risco presentes na paciente incluindo antecedentes pessoais, pelo que oferecer educação em saúde sobre estas doenças crônicas foi de muita importância para ela, e fizemos isso baseando-nos nos graus de recomendação das medidas a aplicar neste caso. Depois da aplicação destas medidas os pacientes que seguiram as mesmas, melhoraram muito em quanto ao controle da doença, do peso corporal, diminuíram o estresse e tinham muitas melhoras na qualidade de vida. A paciente do caso clínico melhorou ostensivamente sua condição clínica.

- Graus de recomendação para as medidas de educação em saúde:

O **grau de recomendação** é um parâmetro, com base nas evidências científicas, aplicado a um parecer (recomendação), que é emitido por determinada instituição ou sociedade (BRASIL,2007).

Quanto ao Diabetes Mellitus tipo 2 a condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta “obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia”, as intervenções devem abranger essas “múltiplas anormalidades metabólicas”, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, evitaria também doenças cardiovasculares e reduziria a mortalidade pelo que intervenções no estilo de vida, com ênfase em alimentação saudável e prática regular de atividade física, reduzem a incidência de diabetes tipo 2 e tem grau de recomendação A(OMS, 2002).

Em quanto a “atividade física regular ensaios clínicos controlados” demonstraram que os “exercícios aeróbios” (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções das complicações

estando indicados para a prevenção e o tratamento da Hipertensão arterial (WHELTON, 2002; FLETCHER G F, BALADY G, 2001).

MORAES, destaca “ o exercício físico é uma atividade planejada” e tem como “objetivo final ou intermediário manter a saúde e aptidão física” do paciente. (MORAES, 2007)

Na nossa experiência de trabalho tanto no Brasil como em outros países quando temos recomendado fazer esta atividade aos pacientes sempre as cifras glicose e as de PA têm feita uma redução ostensível, o que foi apresentado no projeto de intervenção e com o caso clínico.

“Segundo a recomendação de CASPERSEN (1985) é de que inicialmente os ‘indivíduos realizem atividades leves a moderadas”, pelo anteriormente exposto Atividade física no “grau de recomendação I e nível de evidência”. O que foi demonstrado com o trabalho em grupos, onde a maioria dos pacientes são idosos, foi indicado a prática de atividade física, leve a moderada, melhorando as “cifras de glicose da pressão arterial”. (SBD, 2002; CASPERSEN, 1985).

As medidas de redução do consumo de cigarro auxiliam no controle da 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 tem grau de recomendação B segundo a Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2002).

O abandono do tabagismo constitui a “medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares” e de diversas outras doenças como a Diabetes mellitus. (NIH, 2006). Tive 3 pacientes que deixaram o habito de fumar e tiveram a melhora no controle da PA, o que influencia muito em mudanças de hábitos saudáveis. Assim como a alimentação saudável inclui muitos parâmetros como dietas DASH (*Dietary approaches to stop hypertension*), mediterrânea, vegetarianas e outras; como a redução do consumo de sal; os ácidos grassos insaturados; a ingestão de fibras; consumo de álcool, além de muitos outros parâmetros como o café, chocolate amargo, vitaminas segundo a **VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. (BRASIL, 2006)

Estes elementos incluídos na alimentação saudável têm diferentes graus de recomendação, mais além do que está demonstrado pelas evidências científicas da medicina, na experiência profissional com os pacientes sempre coincidiu com os estudos, quando o paciente apresentado no caso clínico fez mudanças alimentares importantes segundo as recomendações nossas e as da nutricionista melhoraram as cifras de glicose imediatamente além de ter melhorado a hiperlipidêmica e quando recolhemos as impressões dos pacientes do grupo de doenças crônicas e Hipertensão também tem melhoras quem faz alimentação saudável.

As dietas DASH que estão baseadas em altos níveis de vegetais, hortaliças, fibras, lácteos e poucas gorduras, tem um importante impacto na redução da pressão arterial. Um alto “grau de adesão” a esse tipo de dieta “reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão” (SACKS, 2001). A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também “bio marcadores de risco cardiovascular” (BABYAK MA, 2010). Pelo anteriormente demonstrado a Dieta DASH: grau de recomendação I e nível de evidência A.

Quanto a redução do consumo de sal a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial explica que entre PA e a quantidade de sódio ingerido a relação é heterogênea. Esse fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo “modestas reduções na quantidade de sal” são, em geral, eficientes em reduzir a PA (DUMLER F, 2009). Tais evidências reforçam a necessidade de orientação a hipertensos e “limitrofes” quanto aos benefícios da redução de sódio na dieta (BRASIL, 2010). O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado (DUMLER F, 2009) A “Dieta hipossódica: grau de recomendação IIb e nível de evidência B”. (NAKASATO M, 2004). As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas) (BRASIL, 2007). Tem-se demonstrado que a ingestão de óleo de oliva pode reduzir a PA, principalmente devido “ao elevado teor de ácido oleico” (TERÉS S et al, 2008).

Em nossa experiência as medidas que mais melhoraram aos pacientes com diabetes, quanto as cifras de glicose foram as mudanças alimentares, todo

paciente com mal controle que fez mudanças as cifras de glicose diminuíram. E o controle de peso corporal é outro fator importante em consideração o acompanhamento dos pacientes com Diabetes mellitus, hipertensão arterial com hiperlipidêmica, mostram evidencias na prática diária. Além do que os estudos científicos demonstram que as “perdas de peso e da circunferência abdominal” se correlacionam com reduções da PA e “melhora de alterações metabólicas associadas” Em quanto a esta medida os pacientes que melhor evoluíram foram os que tinham HAS. (GUIMARÃES ICB, 2008).

A psique das pessoas está influenciada por “fatores psicossociais, econômicos, educacionais” os que podem trazer situações que ficam fora de controle e desencadear o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e “podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos” (DIMSDALE JE, 2008)

Tive experiências frequentes em plantões, pacientes que iniciam com hipertensão arterial, por uma situação de estresse, ou que os que já têm HAS e em determinada sobrecarga psíquica torna-se descompensada. E além disso a crise hipertensiva melhora com o uso de psicoterapia ou sedantes. Mais já foram avaliadas diferentes técnicas do controle do estresse as que tiveram resultados conflitantes, algumas delas, “foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos” (JACOB 2007).

Como a Diabetes Mellitus é uma síndrome clínica multifatorial, considerado como fator de risco cardiovascular e onde muitas vezes coincidem no mesmo paciente além da Diabetes, a Hipertensão, as condutas de educação em saúde coincidem em muitos casos, contar com a contribuição da “equipe multiprofissional” (GLYNN , 2010) de apoio ao hipertenso (e do diabético) é a conduta desejável sempre que a abordagem multidisciplinar tendo grau de recomendação I e nível de evidência A nas intervenções não medicamentosas. (CARTER 2009). A saúde baseada em evidências e a medicina baseada em evidencias, constituam-se em ferramentas de muita importância na prática da medicina, além de favorecer a tomada de decisões e atualizações científicas.

4-VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.

As visitas domiciliares constituem uma das ferramentas fundamentais já que permitem o atendimento integral ao indivíduo e sua família, no desenvolvimento da atenção primária, na ESF pelas características e estratégias é o cenário ideal para cumprir com os objetivos propostos neste tipo de atenção aos pacientes, ainda este programa potencializa os princípios do SUS (integralidade, equidade e universalidade), no Barrio Guarani do município Novo Hamburgo encontra-se a ESF onde eu atuo. Nas reuniões da equipe são planejadas as vistas domiciliares com agenda compartilhada pelo médico, pela enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde. São feitas as discussões dos casos, dando prioridade aos acamados, pacientes e famílias mais vulneráveis como gestantes, recém-nascidos, crianças com riscos, entre outras questões trazidas pelo agente de saúde. A frequência das visitas domiciliares, são a cada quinze dias, o que vem sendo insuficientes, já que nesta área de abrangência é muito ampla, com uma população numerosa, predomínio de usuários idosos, com doenças crônicas próprias do envelhecimento das pessoas, com muitas vulnerabilidades locais. Desde que eu comecei a trabalhar como médico na ESF, foi discutido a possibilidade de realizar as vistas com uma frequência maior, como a área que eu atuo é muito distante da unidade de saúde, para as mesmas precisamos de transporte da prefeitura para auxiliar no deslocamento da equipe.

Somos muito criteriosos na hora de dar prioridade aos usuários, ainda solicito aos agentes comunitários marcar consulta para aqueles pacientes que podem assistir a consulta e assim oferecer um maior número de atendimentos, incentivamos a incorporação as atividades do grupo com ações de prevenção e promoção, em uma população com alta prevalência de complicações agudas e crônicas decorrentes de doenças crônicas como são a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já que muitos deles não seguem as orientações, abandonam os tratamentos por conta, ainda temos dificuldades para avaliar pacientes com especialistas e no município não contamos com NASF. Os atendimentos

domiciliares são realizados pelo médico, enfermagem, Agente comunitário de Saúde e técnica de enfermagem, a continuação descreverei uma visita domiciliar planejada e realizada pela a equipe.

Durante a reunião da equipe, a agente de saúde, refere que a paciente Darci uma usuária de sua área, ligou informando que sua mãe Dona Maria de 72 anos, começou apresentar febre de 38 graus e dor lombar, a paciente tem doenças crônicas Diabetes Mellitus e pressão alta (HAS) e faz uso de medicamentos contínuos, a mesma tem dificuldade para a locomoção pela amputação do pé esquerdo sequela de complicação da Diabetes Mellitus (usa cadeira de rodas), revisamos prontuário para ver últimos atendimentos, a mesma passou em consulta médica há 5 meses, durante a consulta de Hipertensão para fazer o controle e solicitar medicamentos de uso contínuo. Revisamos o prontuário de cada membro da família, e a enfermeira destaca que a filha de 40 anos marcou consulta para coleta de pré-câncer e não compareceu para a consulta, é uma paciente obesa. Marcos de 46 anos genro de dona Maria, trabalhador do calçado sem atendimentos no posto e sua neta de 9 anos, filha do casal é estudante. Ao chegar ao domicílio, fomos recebidos pela Darci, fizemos uma avaliação das condições higiênicas e estruturais, dos riscos ambientais do lar observando-se uma higiene adequada, sem riscos visíveis, na entrevista Dona Maria que é acamada, e refere-se que há poucos dias começou com ardência para urinar e febre 38 graus e pouco apetite, sentindo-se fraca, tem antecedentes de vários atendimentos no PA por infecções urinárias. A enfermagem aferiu os sinais vitais de Dona Maria, constatou-se que a pressão arterial: 140/80 MMHG, a temperatura e 37,5 graus e realiza HGT com resultados 236 mg/dl. Foi indicado o tratamento a Dona Maria, com antibiótico (Norfloxacinol comprimidos de 400 mg 1 12/12 horas durante 7 dias) e orientação para o diagnóstico clínico de infecção de vias urinária, explicamos a importância de ingestão hídrica abundante, ainda de explicar pela enfermagem a higiene correta dos genitais, indico tratamento empírico, pela presença do quadro clínico característico, pela demora de urocultura e suas limitações, além disso a paciente nunca antes usou quinolonas.

Segundo (BARROS 2000) A infecção urinária é mais prevalente em mulheres, “e engloba várias condições clínicas como a reincidência, mulheres

que ingerem pouco líquido e urinam com menos frequência apresentam 2,2 vezes mais riscos de infecção urinária”. O mesmo vem acontecendo com reincidência no último ano com a paciente dona Maria, como relatou no início da visita. A apresentação da síndrome clínica e o tipo de hospedeiro ajudam o médico a determinar o diagnóstico e o tratamento adequado com o uso de antibióticos e orientações de higiene pessoal que inclui, a ingestão adequada de líquidos, a higiene correta das genitálias e reforçar a adesão ao tratamento medicamentoso para as Doenças Crônicas não transmissíveis solicitaram exames laboratoriais após o tratamento como urocultura para avaliar efetividade do tratamento antibiótico, controle glicêmico e outros exames necessários pelas doenças crônicas que apresenta a usuária, em consulta na USF.

Durante a visita Dona Darci, refere-se que sua filha não compareceu a escola porque apresentou febre de 38 graus, tosse e secreção nasal. De acordo com o (BRUCE, 2013. p 1411) “Crianças que frequentam creches escolas estão mais suscetíveis a adquirem IRA que é uma doença respiratória do tipo aguda”, comparada a outras crianças que são assistidas em casa, pois não estão expostas. Já que estas infecções são por meio de via inalatória de partículas de aerossol ou pelo contato direto das mãos. Constatando a situação da criança, a mesma foi diagnosticada com resfriado Comum indicamos medidas de suporte para aliviar os sintomas com analgésicos, reforçamos medidas de higiene ambiental e pessoal, como frisa PITRIZ (2003) “orientar para aparição de surgimento de dificuldade respiratória como falta de ar , febre alta e mantida, secreção nasal purulenta, prostração, otalgia, tosse mantida” com o surgimento de estas manifestações procurar atendimento na unidade em os horários de trabalho e outros horários procurar atendimento pediátrico no Pronto Atendimento UPA. Ficou acordado que a Agente Comunitária de Saúde, monitorar a família, e agendar consulta para reavaliar.

Aferiu-se a pressão Arterial de 120/70mmhg de Dona Darci a filha da Dona Maria e o HGT: 132 mg/dl, que é a cuidadora da idosa, explicamos sobre as cifras de glicose altas e os riscos que tem de desenvolver uma Diabetes com necessidade de realizar exames laboratoriais, agendar consulta para reavaliar, oferecemos apoio psicológico, explicando a importância de cuidar da sua própria saúde, para que possa cuidar de sua mãe, e de sua família.

Sugerimos que Dona Darci solicite o auxílio dos demais familiares, para o cuidado com a Dona Maria. Incentivando a participar das atividades do grupo de cuidadores, que é oferecido na USF. Assim como reagendar sua coleta de pré-câncer, explicando a importância da frequência da realização para detecção precoce do câncer.

Aproveitamos o momento de vínculo com a família para dar uma palestra educativa de cuidados com as doenças crônicas não transmissíveis, para prevenir complicações agudas e crônicas, reforçando hábitos alimentares, assim como a alimentação saudável, e a prática de exercícios físicos, os cuidados com a higiene pessoal e higiene ambiental para prevenir a aparição e complicações de doenças e infecções respiratórias. Após as orientações, percebe-se a melhora clínica das doenças agudas diagnosticadas, e a adesão ao tratamento da paciente idosa, e o monitoramento dos demais integrantes da família, ressaltando a importância dos cuidados com o cuidador e os direcionamentos aos demais profissionais da rede de atendimento, ainda da melhora da saúde e qualidade de vida dos membros nesta família sugerimos importância e necessidade de realizar visitas domiciliares mais frequentes pela agente de saúde e a equipe, ter identificadas as famílias mais vulneráveis, com riscos, pacientes acamados, com doenças crônicas, ainda de elaborar listas de problemas e assim organizar e planejar melhor os atendimentos domiciliares.

No ponto de vista de LACERDA (2006) a 'VD configura-se uma das "modalidades da atenção domiciliar" a saúde sendo um instrumento de intervenção dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família", esse trabalho em conjunto com o ACS, surte efeito no momento em que o mesmo torna - se a o elo de ligação com os demais integrantes da equipe, onde o mesmo trazendo as necessidades das famílias.

De acordo com BRASIL (2006) a Portaria GM nº 648, de 29/03/2006 que aprova a política Nacional de Atenção Básica, destaca que "é atribuição de todos profissionais da equipe da saúde da família" realizar o cuidado em saúde da população, no âmbito da unidade de saúde e no domicílio assim como condutas e acompanhamentos dos indivíduos ou famílias de enfrentar os desafios que se apresentam nas visitas realizadas pelos profissionais da equipe, acreditamos que as visitas e atendimentos domiciliares são uma ferramenta fundamental para

todas as ações necessárias que garantem uma melhor qualidade de vida da população onde estamos inseridos

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Desde o começo do curso, foram muitos os desafios enfrentados devido as adversidades culturais. Foi a primeira vez que participei de um curso online, onde me adaptei a uma nova realidade de trabalho e estudo. Muitas coisas positivas ajudaram a melhorar a minha qualificação profissional para um melhor desempenho no trabalho.

A primeira parte do curso foi interessante, conhecer a história do SUS, a sua criação, políticas e diretrizes de funcionamento da saúde, conhecer as leis, o programa Estratégia saúde da família, a possibilidade de trabalhar com agendas programadas e compartilhadas com a equipe, a possibilidade de utilização do prontuário eletrônico, ferramenta de acesso rápido aos dados dos pacientes, fichas familiares e individuais, referências, contra referências, organização dos atendimentos em grupos, consultas coletivas em pacientes com doenças crônicas, atendimento integral aos idosos, aos cuidadores, foi para mim uma nova alternativa de abordagem com maior resolutividade dos problemas. Poder participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações da equipe e unidade permite uma melhor organização do processo de trabalho adaptado a realidade. Trabalhar com a lista das demandas trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, as atividades de prevenção, promoção de saúde, destacando a atenção domiciliar, que permite a atenção integral aos indivíduos e famílias, garante a continuidade do cuidado, foi de suma importância no meu desenvolvimento profissional. Aprendi a usar ferramentas, como o Genograma, para conhecer a estrutura da família, doenças, fatores de risco, relações entre seus membros, Google Earth para fazer georeferenciamento, busca de inúmeras referências bibliográficas de artigos e publicações. Tudo isso contribuiu para enriquecer meus conhecimentos na atenção primária, com a possibilidade de manejar muitos problemas de saúde que são similares no mundo todo, porém com muita diferença no Brasil, o curso também possibilitou um amadurecimento de aspectos epidemiológicos necessários para enfrentar

situações que afetam a saúde da população destacando-se o conhecimento e manejo dos sistemas de informação, dos indicadores básicos para a saúde no Brasil, conceitos e aplicações. Nesta etapa do curso considero alguns aspectos negativos como o estudo de leis e temas que são bastante extensos.

No eixo dois começamos com a discussão de casos complexos, que possibilitou compartilhar meus conhecimentos e ideias com o grupo, com enfoque clínico e condutas de doenças frequentes no Brasil, aprendi a diferenciar várias condutas terapêuticas utilizadas, baseadas em excelentes protocolos de atendimento, atualizando meus conhecimentos e condutas das doenças crônicas não transmissíveis responsáveis por altas morbimortalidades na população como são: Hipertensão Arterial, Doença isquêmica do coração, Asma bronquial, Diabetes Mellitus e condutas em situações de emergência. No começo observei que muitos usuários procuravam atendimento somente para realizar troca de receita de medicamentos continuados, com o aprendizado do curso sobre consultas coletivas e atendimentos em grupo, retomamos esse tipo de intervenção com resultados positivos. Percebe-se ainda acolhimentos frequentes por complicações agudas e crônicas do Diabetes Mellitus, motivo para realizar o projeto de intervenção que com sua aplicação temos resultados favoráveis na melhora da qualidade de vida dos pacientes. De igual forma o manejo de transtornos da saúde mental e climatério foram discutidos nos casos complexos e foi de grande ajuda, as doenças malignas do útero e de mama priorizando sua prevenção com a realização do exame citopatológico do colo do útero e mamografia, atualizando a frequência estabelecida pelo Ministério de Saúde, buscando mudar alguns aspectos errôneos na frequência de realização dos mesmos na unidade e mencionar que atualizamos os atendimentos ao pré-natal e puericultura, frequência das consultas, manejo dos casos vulneráveis, atendimentos aos adolescentes, situações violência contra criança e mulher e por fim o tema relacionado ao grupo de antitabagismo.

As atividades para a construção do portfólio foram importantes para aplicar os conhecimentos adquiridos nos dois eixos, com revisões bibliografias de artigos, publicações, livros e cadernos de atenção básica também para comprovar o necessário da atenção integral aos indivíduos e famílias.

Apesar de pequenas dificuldades o mais importante é poder compartilhar experiências nas diferentes realidades, atualizar conhecimentos e aprender outros novos, com excelentes profissionais e tutores, para mim foi um desafio muito grande, porém acredito que hoje me sinto melhor preparado para enfrentar as situações e problemas de saúde da população e motivado para continuar com a educação permanente, tema também discutido no curso.

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.” Aldous Huxley

6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BABYAK MA, Hinderliter A, Watkins LL *et al.* **Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study.** Arch Intern Med 2010 Jan 25; 170(2):126-135.

BORN, Tomiko. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa.** / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p. 30

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção domiciliar.** Volume 1. Brasília (DF), 2012.

BRASIL, **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf f Acessado 12 dezembro de 2017.

BRASIL. **II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico.** Arq Bras Cardiol 2002; 78 (Supl II):1–18.

BRASIL. **IV Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose.** Arq Bras Cardiol 2007; 88(Suppl.1):1–19).

BRASIL. **Jornal Brasileiro Nefrol** 32; Supl1 (2010) S22-S28.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção Básica nº13.** Controle dos Cânceres do colo do Útero e de mama. Brasília (DF), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção Básica nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília (DF),2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção Básica nº35. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica.** Brasília (DF),2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção Básica nº36. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus.** Brasília (DF), 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. **Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSE) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL: Pesquisa nacional de saúde: 2013: **acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.

BRUCE, B., DUNCAN. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências/ Organizadores, Bruce B. Duncan (et al.).- 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.p. 1409-1422

BUSS, P. Paulo Buss: a importância de pensar a saúde com foco na realidade social das nações [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Ago 29. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=3002&preview=true Acessado em 21 dezembro de 2017.

CARTER. BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. **The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis.** Arch Intern Med 2009; 169(19):1748-1755.

CASPERSEN. CJ, Powell KE, Christenson GM. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research.** Public Health Rep 1985; 100(2):126–131.

DIMSDALE, JE. **Psychological stress and cardiovascular disease.** J Am Coll Cardiol. 2008; 51:1237-1246.

DUMLER, F. **Dietary sodium intake and arterial blood pressure.** J Ren Nutr 2009; 19(1):57–60.

FIGUEREDO VM. **The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart.** Am J Med 2009; 122:704-712.

FONSECA, FCA, Coelho RZ, Malloy-Diniz R, Silva Filho HC. **A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial.** J Bras Psiquiatr 2009; 58(2):128–134.

FORMAN, J P., Stampfer MJ, Curhan GC. **Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women.** JAMA 2009; 302(4):401–411.

FOX, C. S. et al. Update on prevention of cardiovascular disease in adults with type e diabetes mellitus in light of recent evidence: A scientific statement from the America Heart Association and the American diabetes association. **Diabetes Care**, v. 38, n. p.1777-1803, 2015.

GLYNN, LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K. **Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension.** Cochrane Database Syst Rev 2010; 3:CD005182

GUIMARÃES, ICB, de Almeida A, Santos AS, Barbosa DBV, Guimarães AC. **Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes.** Arq Bras Cardiol 2008; 90(6):426-432.

IBGE, **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação** – Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>

acessado em 02 de janeiro 2018.

JACOB, RG *et al.* Ann Behav Med 1991; 13: 5-17, Wassertheil-Smoller S *et al.* Arch Intern Med 1992; 152:131-136.

KRISTENSEN, S. L. *et al.* Risk Related to Pre-Diabetes Mellitus and Diabetes Mellitus in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: Insights from Prospective Comparison of ARNI with ACEI to determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure Trial. **Circulation: Heart Failure**, v. 9, n. 1, p. 1-13,2016

LACERDA MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. **Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e sociedade.** 2006; 88-95

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIPP MEN. **Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica.** Rev Bras Hipertens 2007; 14(2):89–93.

Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks P. **O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática.** Rev. Psiquiatr, 2007; 29(1)

MYERS VH, Champagne CM. **Nutritional effects on blood pressure.** Curr Opin Lipidol 2007 Feb; 18(1):20–24.

NAKASATO M. **Sal e hipertensão.** Rev Bras Hipertens 2004; 11:95-97.

National Institute of Health State-of-The Science Conference Statement: Tobacco use: Prevention, Cessation, and Control. NIH Conference. Ann Intern Med 2006; 145:839–844.

PITREZ, Paulo M.C. and PITREZ, José L.B. **Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial.** J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2003, vol.79, suppl1, pp.S.77-S86.

REVISTA HCPA 2000; 20 (3). 259. Barros et al. **Avaliação e manejo do paciente adulto.** Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164007/000342774.pdf?sequence=1> Acessado em 01/01/2018

SACKS FM, Svetkey LP, **Vollmer WM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet.** DASH-Sodium Collaborative. Research Group. N Engl J Med 2001; 344:3-10.

STEVENS, VJ, Obarzanek E, Cook NR *et al.* **Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II.** Ann Intern Med 2001; 134:1-11.

STEIN, J. H. et al. Smoking Cessation and the Risk of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose: Three-Year Outcomes after a Quit Attempt. **PLoS ONE**, v 9 n. 6, p. e98278, 3 junio. 2014.

TERÉS S, Barceló-Coblijn G, Benet M *et al.* Proc Natl Acad Sci U S A. **Oleic acid content is responsible for the reduction in blood pressure induced by olive oil.** Proc Natl Acad Sci U S A. 2008 Sep16; 105(37):13811-13816.

WHELTON S P, Chin A, Xin X, He J. **Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials.** Ann Intern Med 2002; 136(7):493– 503.

7. ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO.

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

Luis Ernesto Linares Martinez.

**Projeto de intervenção educativa para diminuir as complicações em
usuários com Diabetes mellitus na área trinta e cinco na USF Guarani do
município Novo Hamburgo/RS**

PROJETO DE INTERVENÇÃO.

**Porto Alegre
2017.**

RESUMO

A Unidade básica encontra-se na região urbana do município Novo Hamburgo. Um dos principais problemas encontrados foi o aumento de atendimentos de demanda espontânea por DCNT, especialmente a Diabetes *Mellitus* (DM). Esta condição clínica compreende um grupo heterogêneo de diversos complexos de etiologia, com os principais distúrbios metabólicos, fator hiperglicemia, devido a interações entre genética, fatores ambientais e estilo de vida inadequado da população. Esta doença é caracterizada por alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas que estão relacionadas com a deficiência absoluta ou parcial da secreção de insulina. O objetivo principal deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para diminuir as complicações em pacientes com DM, a ser aplicado na área de abrangência da Equipe Saúde da Família da área 35 da USF Guarani. As ações para desenvolver o projeto foram elaboradas, seguindo as etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica do tema e elaboração do plano de ação. Espera-se com a implantação do plano de ação aumentar o controle e o acompanhamento dos pacientes diabéticos, além disso, que a comunidade adquira um maior nível de conhecimento sobre sua doença e a forma de controlá-la, bem como seus fatores de risco e adotar estilos de vida saudável para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com esta doença e da população em geral.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus, Estilo de Vida, Fatores de Risco.

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	7
2.1 Objetivo general.....	7
2.1 Objetivos específicos.....	7
3. Revisão de literatura	8
4. Metodologia	14
5. Cronogramas	15
6. Recursos necessários	17
7. Resultados esperados	18
8. Referências bibliográficas	19
9. Anexos	21

1.INTRODUÇÃO

Novo Hamburgo é um município do Estado Rio grande Do Sul (RS), seu núcleo gerador da cidade foi iniciado em 1824, com fixação de imigrantes alemães, e posteriormente e italianos. Em divisão territorial o município é constituído do distrito sede assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007, População estimada em 2016: 249.113 hab. Área territorial 2015: 223,821 km² densidade demográfica 2010 1.067,5 (hab./km²) (IBGE, 2014).

Está situado no Vale do rio dos Sinos, a cerca de 40 km da capital do estado. A cidade tem 25 bairros urbanos e três rurais. A maior parte da população se encontra no centro do município, na zona urbana, uma pequena parte reside em zona rural por tanto podemos considerar que o município tem um predomínio urbano.

A maioria da população do município é atendida pelo o SUS. Os serviços de atenção em saúde estão compostos por: um hospital municipal, duas unidades de pronto atendimento (urgência e emergência), sete unidades básicas de saúde (UBS), 17 Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de atenção Psicossocial Infantil (CAPSI).

Outros serviços do município são: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Amigos do Bebê. Ambulatório de Saúde Mental, Casa de Vacinas, Centro de Educação Nutricional, Centro de Especialidades, Centro de Imagens, cinco farmácias comunitárias, uma Farmácia do Estado, uma Farmácia Popular do Brasil, Grupo de Pele, um Laboratório Municipal, Serviço de Atenção Especializada (SAE), Hospital Regina, Hospital da Visão e laboratórios privados todos com convenio com o SUS.

A Unidade Saúde da família (USF) Guarani está localizada na rua Demétrio Ribeiro, Barrio guarani, fundada o 20 de dezembro do ano 2012, antes de esta data a população era atendida por uma Unidade Básica de Saúde (UBS)

localizada na mesma área. A estrutura física da (USF) possui salão de espera, salas de consultas, sendo duas delas para consultas de enfermagem, sala de vacinação, sala para atendimento das emergências, sala de curativos e procedimentos, uma sala com recursos necessários para consulta odontológica, um salão de reuniões, uma sala para os agentes comunitários de saúde (ACS) uma sala de esterilização, um armazém para os medicamentos, dois banheiros e duas salas administrativas.

A USF oferece cobertura de atendimento para 100% da população, está formada por cinco equipes de saúde que atendem diferentes áreas, na área trinta e cinco, onde eu atuo tem uma abrangência de 3.998 habitantes cadastrados, com predomínio do sexo feminino e faixa etária de 20 a 70 anos de idade, reside uma população predominantemente idosa, com doenças crônicas não transmissíveis que precisam cuidado continuado. A equipe da área trinta e cinco está formada por uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico.

O principal problema de saúde em nossa USF é o aumento de atendimentos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como a diabetes mellitus e hipertensão arterial.

A Diabetes Mellitus é o segundo motivo de consulta médica agendada e demanda espontânea na unidade, além disso muitos pacientes tem fatores de risco como: estresse psicossocial, obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, sedentarismo, dislipidemias, tabaquismo, que afetam na qualidade de vida na população, das doenças crônicas a diabetes mellitus, está entre a de maior ocorrência, e é considerado dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de enfermidades cardíacas, vasculares periféricas, acidente vascular cerebral, e afecções renais. Ainda, é possível reduzir mais os óbitos decorrentes de DM, se houver estratégias para enfrentar os principais fatores de risco, pois os portadores de esta, enfrentam mudanças no estilo de vida, e eles podem incorporar a ideia de conviver com a doença, que para ser controlada, precisa da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a fim de minimizar as complicações.

Os principais fatores envolvidos à adesão ao tratamento estão relacionados ao conhecimento e baixo nível educativo relacionado às doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, à percepção de a Diabetes Mellitus,

destacaram-se o inadequado controle e acompanhamento de usuários diabéticos que contribui para o aumento da morbimortalidade por causas cardiovasculares em nossa unidade e no município, apresentado alta prevalência, com comportamento similar de padrões desfavoráveis de estilos de vida observados no país.

O referido projeto se justifica pelo alto número de pessoas com Diabetes Mellitus e fatores de risco que se observa na área de atuação. Observa-se necessidade de intervenções imediatas, mediante estratégias de promoção e prevenção da saúde, aumentando também o conhecimento sobre esta doença para promover mudanças no estilo de vida da população, diagnóstico precoce, controle da diabetes, melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações em os usuários diabéticos, avaliação integral e tratamento de qualidade junto a seu acompanhamento na unidade. A consulta coletiva, inexistente nesta unidade, com grupos de pacientes Diabéticos e usuários com riscos de desenvolver a doença ajudaria a prevenção da mesma e diminuir complicações, destaque se também o pouco conhecimento da população de esta doença crônica.

Além disso, entendendo-se que que a Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada para a avaliação inicial dos casos e encaminhamento para as especialidades.

1. OBJETIVOS

Objetivo geral

Diminuir as complicações em usuários com Diabetes Mellitus, através de ações educativas, na área 35, da Unidade de Saúde da Família Guarani, no município de Novo Hamburgo/RS.

Objetivos específicos

- Caracterizar os casos de diabetes mellitus atendidos na área da USF Guarani, em relação a idade, sexo, etnia, escolaridade, antecedentes patológicos pessoais;
- Identificar os fatores de risco modificáveis;
- Identificar as complicações mais frequentes;
- Identificar os conhecimentos dos usuários sobre a Diabetes Mellitus;
- Avaliar os resultados do impacto da intervenção educativa nos usuários.

2.REVISÃO DE LITERATURA

São 415 milhões de pessoas com diabetes no mundo e a estimativa para 2040 é de 642 milhões de pessoas. Em 2015, mais de meio milhão de crianças foram diagnosticadas com diabetes tipo 1 e 12% dos gastos globais com saúde estão relacionados ao diabetes. Um em sete recém-nascidos é afetado pelo diabetes gestacional (SBD, 2015).

O Ministério da Saúde destaca que a DM se encontra entre as primeiras causas de internações hospitalares e de mortalidade no Sistema Único de Saúde, por suas complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2013). Ressalta-se que os quadros crônicos de DM e a HA são responsáveis por alto percentual de incapacidade.

No Brasil a prevalência da Diabetes Mellitus (DM) representa 10% da população, em geral, acima dos 20 anos de idade (MARASCHIN et al, 2010). Hoje no Brasil estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores de Diabetes Mellitus (IBGE, 2014).

A DM mal controlada e em presença de outros fatores de risco cardiovascular, como os hábitos e estilos de vida inadequados, obesidade, hipertrigliceridemia, baixa do colesterol HDL proporcionam um aumento das complicações neurológicas e vasculares. Estas complicações incluem a retinopatia, polineuropatia, insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). Convertem-se em um problema para o Sistema Único de Saúde pelo aumento das internações nos hospitais, aumentando os gastos e consumindo recursos financeiros que poderiam ser utilizados na prevenção e controle desses pacientes pela Atenção Primária à Saúde, melhorando a qualidade de vida dos mesmos (BARROSO et al, 2002; SBD, 2014).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM impõe a

necessidade de estabelecer programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM (OPAS, 2010).

A diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

É necessário considerar o caráter silencioso da DM, já que estudos demonstram que cerca de 50% da população com diabetes não sabe que é portadora da doença. Na maioria dos casos o diagnóstico só é realizado quando aparecem complicações. Essa situação pode ser evitada quando a equipe de saúde está atenta e reconhece a importância da realização de testes de rastreamento em indivíduos que apresentem histórico de risco para desenvolver a doença (BRASIL, 2006).

Outro fator a ser observado pelos profissionais de saúde é que há uma “crescente prevalência de DM associada à dislipidemia”, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013).

A DM é uma condição de saúde altamente sensível à intervenção das equipes de Atenção Primária, muitas hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares podem ser evitadas (ALFRADIQUE *et al*, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde proposta pelo Ministério da Saúde, em 2006, enfatizou a Agenda de Compromisso pela Saúde estabelecida no ano anterior que estabeleceu três eixos prioritários para o desenvolvimento da política pública de saúde no Brasil, a saber: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. No contexto deste projeto interessa destacar o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades

inequívocas com a ênfase no fortalecimento e na qualificação de Estratégica de Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Na avaliação inicial o profissional de saúde deverá conhecer a história familiar e pessoal; realizar exame físico com verificação de pressão arterial, identificação e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); avaliar os fatores de risco para DM. Conforme recomendações do Ministério da Saúde deve-se solicitar os exames laboratoriais cujos resultados contribuam para estabelecer o diagnóstico, a terapêutica e estratégias para prevenção da doença (BRASIL, 2010).

O diagnóstico de DM é baseado nos valores da glicose no sangue, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 3: Valores para o diagnóstico de DM tipo II e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes <i>Mellitus</i>	≥126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos)	>6,5%

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization, 2006.

Segundo Pinheiro (2016) os fatores de risco são bastante conhecidos como:

- História familiar

– Indivíduos que possuem parentes com diabetes tipo 2, principalmente as de primeiro grau, apresentam maior risco de também desenvolver a doença.

- Etnia

– Por motivos ainda desconhecidos, a incidência do diabetes varia de acordo com a origem étnica do paciente.

- Obesidade

– O sobrepeso é talvez o principal fator de risco para o desenvolvimento do diabetes O risco aumenta progressivamente a partir de um IMC maior que 25

- Gordura abdominal

– Além do excesso de peso, o modo como a gordura é distribuída pelo corpo também é um fator determinante para um maior risco de resistência à insulina e diabetes tipo 2.

- Idade acima de 45 anos.

– Apesar de ser uma doença cada vez mais prevalente em jovens, o diabetes tipo 2 é mais comum em indivíduos acima de 45 anos.

- Sedentarismo

– Um estilo de vida sedentário reduz o gasto de calorias, promove ganho de peso e aumenta o risco de diabetes

- Cigarro

– Indivíduos que fumam apresentam 40% mais chances de desenvolver diabetes do que não fumantes.

- Glicemia de jejum alterada

– O diagnóstico do diabetes é feito quando o paciente apresenta glicemias (níveis de glicose no sangue) persistentemente acima de 126 mg/dl. Porém, os valores normais da glicemia são abaixo de 100 mg/dl. Os pacientes que ficam no meio do caminho, com valores entre 100 e 125 mg/dl, são considerados como portadores de glicemia de jejum alterada, que é um estágio de pré-diabetes. O risco de evolução para diabetes estabelecido é muito elevado neste grupo.

-Dieta hipercalórica

– A dieta ocidental, baseada no consumo excessivo de carne vermelha, carnes processadas, calorias, doces e refrigerantes, está associada a um maior risco de desenvolvimento do Diabetes

- Hipertensão

– Paciente hipertensos apresentam maior risco de terem diabetes

- Colesterol elevado

– Pacientes com níveis elevados de colesterol também estão sob maior risco de diabetes

- Síndrome dos ovários policísticos (SOP)

– Mulheres portadoras de SOP apresentam frequentemente resistência à insulina).

- Diabetes gestacional

- Uso de corticoides

Alguns autores preconizam a existência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a DM. Entre os fatores modificáveis, sobre os quais pode ocorrer efetiva atuação das equipes de Saúde da Família destacam: excesso de peso, consumo excessivo de sal e álcool, sedentarismo, dentre outros. Deve-se também considerar que quando os fatores modificáveis e não modificáveis estão simultaneamente presentes fica mais certo que estas pessoas desencadeiem a doença (SANTOS e MOREIRA, 2012).

-Ações educativas

Na atenção básica, os usuários entram em contato com o Sistema Único de Saúde, que se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vinculação, equidade e participação social. Nesse sentido, a equipe deve receber e acolher o usuário em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, promovendo sua saúde, prevenindo e tratando doenças (BRASIL, 2010).

É importante deixar fora o modelo de atenção baseado em um sistema fragmentado, onde a doença comandava a busca pelo atendimento de saúde e

ir ao encontro dos princípios do SUS. É importante também eliminar a ideia que o usuário tem sobre as unidades de saúde, sendo procurando-as para resolver condições agudas (MENDES, 2012).

A formação de grupos de educação em saúde é reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma das funções que devem realizar os profissionais da Equipe de Saúde da Família, para o seguimento das pessoas portadoras de doenças crônicas e outras condições que merecem mais atenção (BRASIL, 2001).

As equipes de saúde que atuam na Atenção Primária devem estar bem informadas e preparadas para atuar preventivamente, pois “considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública” (BRASIL, 2006).

Em todas as etapas que visam à prevenção o tratamento deve considerar a autonomia do paciente, no sentido de mudar seu estilo de vida, buscando qualidade para si e para seu grupo social (BRASIL, 2010).

Outros autores, como Alves; Calixto (2012) alertam que a prevenção e o tratamento de doenças crônicas é um processo lento, quer requer ações educativas envolvendo profissionais de saúde, pacientes e a população em geral. Os estudos dão conta de que as ações educativas podem ter caráter individual ou coletivo, mas, prioritariamente devem considerar a realidade da população a quem se dirige.

No Brasil uma importante iniciativa para o acompanhamento e controle da DM e HÁ é o Programa Hiperdia criado pela Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002. Entre os principais objetivos destaca-se o cadastramento de portadores de hipertensão e diabetes, para melhor acompanhamento e planejamento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças pelas equipes de Saúde da Família (ALVES; CALIXTO, 2012).

No processo terapêutico e na prevenção do DM as mudanças do estilo de vida são fundamentais, incluindo estratégias coletivas de individuais de abordagem. São necessárias estratégias de saúde pública que abordem os fatores de risco relacionados a hábitos e estilos de vida, sendo que geralmente, as estratégias coletivas, como grupos, são mais eficazes, resultando em benefícios individuais e coletivos e redução de agravos devido às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006).

O apoio da família e dos amigos (rede de apoio) é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento. O portador de DM deve estar sensibilizado sobre a importância de se promover saúde para melhorar sua vida cotidiana. Nesse caso, a promoção de saúde não se refere à busca de subsídios para que a doença não se estabeleça, uma vez que no portador de DM ela já se instalou; o enfoque, neste caso, refere-se à importância de que o diabético se conscientize que é possível levar uma vida saudável e normal quando se é portador duma doença crônica. Nesse sentido, a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para o diabético, mas também para aqueles que estão ao seu redor, evitando assim que indivíduos predispostos ao diabetes desenvolvam também a doença (DE ASIS, 2011).

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Intervencional, para estudar os usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus e diminuir as complicações, buscando implementar ações educativas que possam influenciar sobre os fatores de risco presentes.

O universo estará constituído por a totalidade dos pacientes com diabetes da área 35 da USF Guarani e amostra serão usuários escolhidos de forma aleatória simples.

O primeiro momento é para fazer o diagnóstico situacional tendo como fonte de dados registros dos prontuários e outros oferecidos pela própria unidade básica de saúde do ano 2016, serão utilizados também os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município e dados das bases nacionais estatísticas, como os apresentados pelo IBGE. Além disso, contou-se com observação ativa, reuniões da equipe de saúde, entrevista a pacientes. Depois de obter os dados elaborados e feito uma análise dos mesmos, estes foram discutidos com a equipe de saúde.

O segundo momento do projeto será a execução da estratégia de intervenção educativa segundo o programa previsto, feita para incrementar os conhecimentos sobre a diabetes e promover o desenvolvimento de hábitos saudáveis que possam diminuir os fatores de risco. O impacto da intervenção será através da avaliação dos comportamentos de riscos modificáveis e o controle da doença nas consultas e visitas domiciliais.

No encontro além da abordagem em educação em saúde deverão ser esclarecidas questões acerca da doença, cuidados clínicos como verificação pressão arterial, peso, altura, IMC; solicitação de Glicemia de Jejum e Hemoglobina glicada. Outra questão como a renovação das receitas também poderá ser realizada no final do atendimento conjunto pelo médico em sala.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema a trabalhar, utilizando as Publicações Médicas (PubMed), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), compreendendo

publicações em idioma português e espanhol entre os anos 2001 e 2016. Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus, Fatores de Risco, Estilo de Vida.

CRONOGRAMA

Ações do Projeto.	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017	Mai 2017	Junho 2017
Busca das informações no sistema de informação	X					
Apresentação do Projeto a Equipe da saúde da família da USF Guarani	X					
Avaliar critérios de inclusão/exclusão	X					
Escolher de forma aleatória simples os pacientes a participar		X				
Convites aos pacientes pelos ACS para participar nas consultas e atividades grupais.		X				
Avaliar os pacientes elegíveis		X	X	X		
Avaliar as variáveis		X	X	X		
Execução da estratégia de Intervenção			X	X	X	
Avaliação da estratégia de intervenção					X	X
Apresentação do resultados						X
Avaliação do projeto						X

2. RECURSOS NECESARIOS.

- ❖ Recursos humanos: Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc./Aux. Enfermagem, nutricionista e ACS.
- ❖ Equipamento informático (computador e o Datashow).
- ❖ Prontuários dos pacientes escolhidos para a atividade.
- ❖ Balança.
- ❖ Esfignomanómetro e estetoscópio.
- ❖ Kit para hemo glico teste (HGT).
- ❖ Sala para realização de atividade grupal.
- ❖ Materiais de oficina como folhas e canetas.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Após a execução deste projeto de intervenção espera-se:

-Diminuir as complicações em menor tempo possível dos usuários diabéticos na comunidade.

-Melhorar a adesão aos tratamentos dos pacientes com Diabete Mellitus.

- Eliminar hábitos e estilos de vida pouco saudáveis na população.

-Diminuir tabagismo, uso de álcool, sedentarismo e obesidade.

- Os membros da equipe serão atualizados para melhorar os conhecimentos sobre fatores de risco e suas influências nas doenças crônicas como a Diabetes Mellitus.

-Aumentar os conhecimentos da Diabetes Mellitus, fatores de riscos e autocuidados na população.

-Lograr uma maior incorporação de usuários com Diabetes mellitus aos grupos com doenças crônicas.

Assim, este projeto de intervenção representa a iniciativa e comprometimento da equipe de saúde com a comunidade no enfrentamento do problema identificado, dialogando com o sistema municipal de saúde.

REFERENCIAS

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista.** J Health Sci Inst. v.30, n.3, p.255-60, 2012.

BARROSO, S. G.; ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A.. A Participação do Tecido Adiposo Visceral na Gênese da Hipertensão e Doença Cardiovascular Aterogênica: Um Conceito Emergente. **Arq. Bras. Cardiol.** v.78, n.6, p.618-630, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Plano de Reorganização de atenção a Hipertensão arterial e a diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. (Cadernos de Atenção Básica, n.12).

DE ASSIS, J; SANGIORGI, R; GONÇALVES, R. DE C; MITRE R M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Clínica & saúde coletiva**,16(3)2007,2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Rio Grande do Sul**.2014.
Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=315415>
acessado em: 02 de janeiro de 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Rio Grande do Sul**.2016.
Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=315415>

MARASCHIN, J. F.; MURUSSI, N.; WITTER, V.; SILVEIRO, S. P. Classificação do diabetes mellitus. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.95, n.2, 40-46, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção Básica nº36.Estrategia para o cuidado da persona com Doença Crônica. Diabetes Mellitus.** Brasília (DF),2014

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

PINHEIRO P. DIABETES TIPO 2 – CAUSAS E FATORES DE RISCO. Ministério da Saúde. Jul 2016. <http://www.mdsaude.com/2012/06/diabetes-tipo-2-causas.htm>.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev.**

Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da entrevista: ___/___/___

Questionário n °:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Cor _____

- Sexo: () Masculino () Feminino
- Grau de escolaridade:
Nenhum () Primário () Secundário () Superior ()
- Antecedentes Pessoais:
() Hipertensão Arterial () Doença renal crônica () Cardiopatia :
() AVE () Tabagismo () Dislipidemias () Outros
- Perfil Clínico: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
- Atividade física (exercícios)
___ 30 Minutos 3 vezes por semana ou mais.
___ Menos de 30 Minutos 3 vezes por semana.
___ Não pratico.
- Evita o estresse com atividades recreativas pelo menos uma vez por semana (visitar amigos ou familiares, visitar o cine, a praia, dia e campo, ter hobbies, outras):
___ Si
___ Poucas vezes
___ Nunca
- Conhece que alguns dos seguintes fatores podem ajudar a sua saúde:
 - Manter uma dieta balanceada () sim () não
 - Comer Baixo de sal () sim () não
 - Fazer o exercício físico () sim () não
 - Evitar o Tabagismo () sim () não
 - Não consumir álcool () sim () não

➤ Evitar o estres e a ansiedade () sim () não

• Os meios através dos quais o adquiriu o conhecimento.

✓ Consulta médica () sim () não

✓ Visitas Domiciliares () sim () não

✓ A Radio () sim () não

✓ A Televisão () sim () não

✓ Prensa Escrita () sim () não

✓ Reuniões de grupos () sim () não

✓ Outros () sim () não

• Adesão ao tratamento

✓ Você tem alguma dificuldade para tomar seus medicamentos?

() sim () não

✓ Toma os medicamentos na hora indicada? () sim () não

✓ Quando se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?

() sim () não

✓ A Diabetes Mellitus é uma doença para toda a vida? () sim () não

✓ A Diabetes pode ser controlada com dieta e/ou remédios? () sim () não

ANEXO 2
INSTRUMENTO DA AVALIAÇÃO DO IMPACTO

Recollecção de dados sobre o controle da doença depois da intervenção (para uso do investigador)

As medições de HGT serão feitas sem prévio aviso ao paciente.

Primeira medição De HGT	Segunda medição de HGT	Terça medição de HGT	Quarta medição de HGT

Avaliação do controle da glicose

Paciente controlado: _____

Paciente não controlado: _____

Entrevista sobre a satisfação com as mudanças terapêuticas aplicadas.

1) ¿Sente que tem melhorado a sua saúde? Sim _____ Não _____

2) ¿ tem podido identificar aquelas condutas o fatores que poderiam provocar prejuízos na sua saúde? Sim _____ Não _____

3) ¿tem modificado aquelas condutas o fatores que podem provocar prejuízo na sua saúde? Sim _____ Quais? _____

Não _____ Quais? _____

4) ¿Cumpre com o tratamento como seu médico indicou?

Não _____ Por que? _____

