

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UFCSPA

UNIVERSIDADE ABERTA AO SUS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA

Rita Maria Calzada Garcia

**PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PACIENTES DIABÉTICOS  
PARA UMA MELHORA DO CONTROLE DE SUA DOENÇA**

PORTO ALEGRE

2018

Rita Maria Calzada Garcia

**PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PACIENTES DIABÉTICOS  
PARA UMA MELHORA DO CONTROLE DE SUA DOENÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Especialização em  
Saúde da Família da Universidade Federal  
de Ciências da Saúde de Porto Alegre.  
Orientadora: Giovana Bacilieri Soares.

PORTO ALEGRE

2018

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. ESTUDO DE CASO .....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.. .....	12
4. VISITA DOMICILIAR AO PACIENTE DIABÉTICO.....	16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	20
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
7. ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO. ....	25

## 1 INTRODUÇÃO

A necessidade deste estudo surgiu a partir de uma experiência vivenciada no Programa “Mais Médicos para o Brasil” como profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Industrial no município de Farroupilha no estado do Rio Grande do Sul. Como histórico pode-se citar a graduação em Medicina em Julho de 1992 pela Universidade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba e a experiência de trabalho na Atenção Primária de Saúde num Consultório Médico com formação Generalista, completando três anos em Clínica Geral. Cita-se experiência na função de médico em unidades de Urgência e Emergência do Município 10 de Outubro de Havana em Cuba no período de 2006 até Dezembro de 2016.

O município de Farroupilha, onde foram realizadas as abordagens, é considerado o “Berço da Imigração Italiana no Estado do Rio Grande do Sul”. As primeiras famílias de imigrantes chegaram à localidade que denominaram Nova Milano (atual sede do 4º distrito de Farroupilha) em maio de 1875. Os primeiros moradores de Nova Vicenza teriam sido imigrantes italianos vicentinos já assentados na Colônia Conde D’Eu (atual Garibaldi). Sentindo as potencialidades de desenvolvimento da nova comunidade, esses imigrantes venderam o que possuíam e instalaram-se na nova área. Como a mesma distava muito de Caxias do Sul e da Colônia Dona Isabel (atual Bento Gonçalves), tiveram que criar condições de sobrevivência, surgindo os primeiros artesões, a casa de comércio, a igreja e o ferreiro, além de desenvolverem fortemente a agricultura (PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA, 2017).

O Brasão da cidade de Farroupilha é representado através de um escudo italiano, lembrando a origem do povo farroupilhense. Suas cores remetem a bandeira rio-grandense: verde, amarelo e vermelho. Sendo então a Capital Nacional da Malha, e maior produtor de uvas moscatéis do Brasil, com uma população com estimativa do IBGE no ano de 2017 de 69.542.

A cidade vem nos mostrando um desempenho também nas atividades industriais, como por exemplo, as metalúrgicas (R\$ 389.217.000,00), papelão (R\$ 87.065.000,00), entre outras (PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA, 2017).

A cidade abrange também uma Instituição Particular Filantrópica localizada no centro de Farroupilha (Hospital Beneficente São Carlos), 11 Unidades Básicas de Saúde Pública, 1 Centro de Atendimento Integrado em Saúde Mental e 1 Centro Especializado de Saúde Pública.

Uma dessas Unidades Básicas de Saúde é a Estratégia de Saúde da Família Industrial a qual iniciou suas atividades no ano 2002 em uma estrutura física mais antiga, como posto médico e após foi transformado para UBS-ESF, estruturalmente muito pequeno, com quatro salas de consultas, uma sala de consulta odontológica, sala de vacinas, sala de enfermagem, sala de reuniões, uma cozinha e dois banheiros, um deles comum para usuários e outro comum para funcionários. Uma sala de espera pequena onde muitas vezes os usuários tinham que aguardar atendimento de pé e ou fora da unidade.

Algumas mudanças internas na estrutura foram realizadas para tratar de satisfazer as necessidades de atendimento, mas, mesmo assim, a equipe trabalhou com muitas limitações que afetaram diretamente o trabalho, pois a recepção era pequena para a demanda, só existia uma sala para todos os procedimentos com pouca privacidade, com uma sala de vacinas sem as condições adequadas para uma boa atenção, e a menor de todas as salas era o corredor que estava limitado para passagem, não existia abrigo de resíduos, almoxarifado, depósito de lixo e sala de nebulização. Ainda assim, sem as devidas condições necessárias a equipe fez diversos atendimentos de urgência e emergência como administração de soro, tratamento e controle de sintomas agudos como convulsões, febre, vômitos, dor e entre outros.

Em Abril do ano 2017 aconteceu a mudança da unidade para outra construção mais moderna e com melhores condições de atenção, resultado do esforço da Secretaria de Saúde e demais instâncias do município para satisfazer as necessidades da população. Trata-se de uma Estratégia em Saúde da Família (ESF) de novo tipo, localizada no bairro América do mesmo município, e atende as populações dessa localidade e de industriais, a estrutura física possui uma sala de recepção ampla para acolher os pacientes das duas populações, seis consultórios médicos preparados, os quais possuem acústica adequada permitindo privacidade nos atendimentos, assim como as salas de enfermagem, sala de vacina, farmácia,

sala de reuniões, cozinha, banheiros e recentemente inaugurou na Unidade o serviço de Teleoftalmologia que serve de referência para a população de 49 municípios que correspondem a 5 Coordenadorias de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Em relação aos aspectos epidemiológicos de nossa população, predomina o sexo feminino, adulto jovem, o número de idosos é bem alto e as doenças crônicas não transmissíveis predominantes são Hipertensão Arterial Sistêmica, Obesidade, Diabetes Mellitus e Hipotireoidismo. Das transmissíveis, as Infecções Respiratórias agudas e as Infecções vaginais são mais frequentes, assim como os casos de HIV e outras DSTs; muitas de difícil adesão ao tratamento por parte dos usuários o que dificulta ainda mais o trabalho com um aumento ainda maior de procura por atendimentos médicos e de enfermagem na Unidade. A área é dividida em seis micros áreas somando um total de aproximadamente 4139 usuários dentro da área adscrita. Parte da população mora em área de invasão em condições higiênicas e ambientais pouco favoráveis perto de indústrias e da fiação elétrica de alta tensão. O acesso às casas é dificultado pela presença de barrancos e outras condições irregulares, como muito lixo nos arredores. Existe consumo de drogas, álcool, baixo nível de escolaridade, muitas crianças, adolescentes, mulheres em idade fértil, além disso, circulam muitos animais como cavalos, cães, gatos e entre outros.

Tendo em vista que entre os problemas predominantes de saúde na nossa população temos as doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se a necessidade de controle da Diabetes Mellitus e suas complicações, isso representa um problema para a equipe de saúde porque muitos pacientes diabéticos que cumprem com os tratamentos medicamentosos chegam à unidade de saúde para consulta de rotina mostrando níveis altos de glicose.

No presente portfólio consta em anexo o Projeto de Intervenção educativa feito nesses pacientes. Esse Projeto de Intervenção têm como objetivo o controle de glicose e suas complicações através de ações educativas, orientações aos diabéticos sobre a mudança da alimentação e estilo de vida; sendo necessário o acompanhamento pela equipe de saúde multidisciplinar para estabelecer um equilíbrio entre a medicação e o monitoramento da glicemia, dieta e exercícios.

## 2. ESTUDO DE CASO CLINICO

Na Comunidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) América, o problema identificado foi o Diabetes Mellitus (DM), pois aproximadamente 15 % das pessoas cadastradas pela equipe de saúde são portadoras de tal doença, e representa uma epidemia mundial nos nossos dias. Analisamos que possui alguns nós críticos como a falta de informação sobre riscos e agravos, além de hábitos e estilo de vida errônea. É uma prioridade da atenção básica fazer ações tão importantes como a promoção, prevenção e assistência da saúde desses pacientes. No seguinte caso exposto evidencia o estabelecimento dessas ações de saúde.

O Paciente J.S. de 62 anos, branco, obeso, portador de Diabetes Mellitus tipo II (DM tipo II) e Hipertensão Arterial (HAS), cumprindo tratamento medicamentoso, Casado com E.S. de 61 anos. Mora com o pai idoso de 79 anos, com sequela de AVC em março de 2017, que ficou com déficit motor, mas têm também déficit cognitivo considerável, e a mãe de 78 anos hipertensa e diabética tipo II com problemas da coluna. Observamos que J.S. junto a sua esposa presta assistência a seus pais, trabalho que acrescentou a doença da coluna dela, mais sintomas de ansiedade e depressão.

J.S. procura assistência médica na Estratégia de Saúde da Família (ESF) América por apresentar uma ferida na mão direita que foi feita com uma faca cortando carne e que não cura com o tratamento indicado, na mesma unidade faz 10 dias, com curativos diários de soro fisiológico e pomada antibiótica de neomicina com bacitracina. Queixa-se também de dor no joelho direito de leve intensidade que aumenta ao fazer longas caminhadas, relata que pela ansiedade pelo cuidado de seus pais não cuida sua saúde nem os hábitos alimentares, come muito e todo tipo de alimentos. Trouxe exames indicados na consulta anterior.

Ao ser realizado exame físico completo, percebe-se Peso: 80 kg, Altura: 163 cm, Índice de massa corpórea (IMC): 30,11 kg/ Circunferência Abdominal (CA): 109 cm, Pressão Arterial (PA): 130/80 mmHg; Mão direita: Observa-se ferida de oito cm com bordas avermelhadas e inflamados com secreção amarela. Joelho direito: crepitação e dor aos movimentos de flexão. Exame dos pés: sensibilidade normal e pulsos pediosos normais.

Exames laboratoriais: Glicemia em Jejum: 182mg/dl; Hemoglobina glicosilada: 7,5; colesterol total: 240g/dl; Triglicerídeos: 220g/dl; colesterol não HDL: 32mg/dl; colesterol LDL: 140mg/dl Creatina: 0,9MG/dl; Micro albumina na urina: 18 mcg/mg; EQU: glicosuria +; Função hepática normal. A conduta nesta consulta foi solicitação de Rx de joelhos; tratamento medicamentoso com antibióticos para infecção da mão com Cefalexina (500mg) 1cp de 6/6 hrs por 7 dias, antiinflamatórios (Diclofenaco de sódio (50mg)1cp de 8/8hrs), analgésicos (Paracetamol (500mg) 1cp de 6/6hrs), Orientação dietética, Aumentamos doses de Metformina (850mg) de 1cp a 2cp (1cp no café e 1 cp na janta); Sinvastatina (20mg) 1cp depois de jantar e continuar curativos pelas técnicas de enfermagem todos os dias.

Depois de 7 dias o paciente retorna por consulta agendada, relata melhora da dor no joelho direito e traz o Rx solicitado; Observa-se que a ferida está sem sinais de infecção ainda não fechada; No Rx dos joelhos informa ligeira redução dos espaços inter-articulares.

O caso foi discutido pela equipe porque comprovamos nas visitas domiciliares que J.S. e sua esposa necessitavam ajuda. Soubemos pela agente que o paciente não fazia uma alimentação saudável, o que estava causando descontrole das doenças crônicas. Além disso, o pai dele possuía dificuldade para se locomover pelos problemas motores e mentais assim como os socioeconômicos que têm a família.

A equipe elaborou um Projeto Terapêutico Singular baseado nos seguintes elementos diagnósticos. Assega (2015):

1. Paciente com doenças crônicas e feridas na mão que tarda cicatrização.
2. Sobrecarga de trabalho por pai acamado dependente nas atividades de vida diária.
3. Ansiedade e Depressão.
4. Maus hábitos alimentares.
5. Familiares terem ficado doentes também para prestarem atenção ao idoso acamado.



- Entrevista informal com o paciente e seus familiares que promovesse a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.
- Atendimento da família, como controle da ansiedade respondendo a suas necessidades básicas diárias.
- Esclarecer dúvidas sobre as patologias.
- Atividades de reabilitação com familiar acamado.
- Acompanhamento de uma equipe multiprofissional constituído por uma nutricionista, enfermeira e fisioterapeuta com o objetivo de resolver os problemas de alimentação de J.S. e desenvolvimento das atividades diárias de seu pai.
- Melhorar estado emocional do paciente, com seus familiares.
- Mobilização da equipe multidisciplinar nos cuidados da família (Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras e visitas médicas regulares).
- Avaliação pela equipe de Saúde Mental.
- Atividades de educação em saúde para corrigir hábitos alimentares e estilo de vida.
- Diminuição de riscos de doenças por sobrecarga de trabalho.
- Contato com Secretaria de Assistência Social com vistas a compartilhar o cuidado.
- Sendo que o acamado não resolve com fisioterapia em casa, faremos encaminhamento para o serviço de Atendimento e Internação Domiciliar (SAID) e Fisioterapia (BOCARD,2011).

## 2.2 DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES

A maior responsabilidade é da equipe da UBS e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); também da ação intersetorial Centro de Saúde, Secretaria de Assistência Social e ações integradas pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

## 2.3 REAVALIAÇÃO

A mudança de necessidades e/ou objetivos do próprio paciente e família percebidas pela equipe profissional da UBS que avaliarem se há piora de algum desses problemas ou há melhora.

Aqui faríamos um momento de reconhecimento das falhas, mas também das conquistas ou que o grupo da equipe, compartilha da força de superação e estímulo para vencer novos desafios.

Após três meses de acompanhamento J.S. havia perdido 10 kg de peso com um IMC DE 26,35 kg/·, exibe glicemia em jejum de 126 mg/dl, colesterol total de 190 mg/dl, triglicerídeos em 180 mg/dl, Hemoglobina glicosada de 6.8 %, havia fechado a ferida da mão e o desenvolvimento familiar melhorou, a esposa e ele ficaram mais tranquilos já que o pai teve mudanças favoráveis com o atendimento e internação domiciliar e fisioterapia.

## 2.4 DISCUSSÃO

Neste caso várias doenças estão associadas à obesidade, como a HAS, Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo II, Infecções, inadequada cicatrização dos tecidos e problemas psicológicos com alterações do estado emocional. A Obesidade e o Diabetes mellitus II causam resistência a insulina já que a quantidade de gordura corporal é proporcional ao grau de resistência à insulina. J.S. mostra uma circunferência abdominal aumentada pelo que identificamos uma obesidade abdominal ou visceral já que se acumula as gorduras, sobre todo, em região abdominal o que é mais frequente no homem adulto e idoso. (DUNCAN, 2013)

Quando essas três doenças (HAS, Diabetes Mellitus II, Dislipidemia) estão presentes junto a Obesidade, caracteriza-se pela Síndrome Metabólica (SM), tão comum na atualidade e de grande fator de risco para os eventos cardiovasculares. Pretenderam-se avaliar a prevalência de dislipidemia na população diabética, os aspectos socioeconômicos também são importantes já que quando esses pacientes residem em comunidades carentes apresenta na grande maioria das vezes um acesso limitado aos cuidados preventivos de saúde.

Observou-se que a hiperglicemia foi um fator para o desequilíbrio lipídico e para inadequada cicatrização de tecidos como acontece aqui. O controle glicêmico adequado no paciente diabético está relacionado a menores taxas de hipertriglicemia e hipercolesterolemia. O tratamento da hiperglicemia através da

terapia medicamentosa e da mudança de hábitos de vida, atua de forma efetiva na prevenção e no controle da dislipidemia e desta na evolução favorável sobre o Diabetes. (BRASIL, 2006)

J.S., devido a sua hiperglicemia e obesidade e pelos maus hábitos alimentares como de estilo de vida manifestou o desenvolvimento da Síndrome Metabólica tendo riscos de doenças cardiovasculares; Uma vez que cumpriu com o tratamento adequado junto às medidas de mudança da alimentação, foi possível estabilizar o peso corporal assim como o controle das patologias que ele apresenta e diminuir o risco cardiovascular.

## 2.5. CONCLUSÃO DO ESTUDO DE CASO

Ressaltamos que a grande dificuldade no tratamento dos pacientes nos quais essas doenças estão presentes continua sendo a adesão do paciente principalmente no que se refere a mudança do estilo de vida. Por esta razão, a atuação integrada de uma equipe multidisciplinar composta por médico, nutricionista, educador físico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, visando o tratamento do paciente é altamente desejável e ajuda a prevenção da Síndrome Metabólica.

Em virtude disso, a correção do excesso de peso e de uma alimentação inadequada são medidas obrigatórias no tratamento da SM. A adoção de uma dieta balanceada é uma das principais medidas que deve ser individualizada para a necessidade de cada paciente. A dieta deve estar direcionada para a perda de peso e da gordura visceral, com o objetivo da correção das dislipidemias, da hiperglicemia e da hipertensão arterial e conseqüentemente a redução do risco cardiovascular. A atividade física deve também ser enfaticamente estimulada, sempre adequada à faixa e ao condicionamento físico de cada indivíduo, (BRASIL, 2013)

Tendo em vista esta realidade, torna-se essencial que as ações dos profissionais da saúde com esses pacientes e seus familiares incluam estratégias de promoção, prevenção, assistência, restauração da saúde e de encorajamento, fazendo interagir a responsabilidade pessoal na capacitação para o autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus (DM) são consideradas o principal problema de saúde pública em nossa unidade. Atualmente e como já havíamos descrito, é o DM no meu posto de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma situação preocupante, porque muitos casos estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. Devemos levar em conta que existe um componente psicológico relacionado a toda e qualquer doença, as vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção de saúde ou de vida mais saudáveis. Analisamos então que existe relação entre as doenças orgânicas e mentais, pelo que “Todo problema de saúde é também sempre mental; Toda saúde mental é também sempre produção de saúde” (LIMA, 2015).

Há ocorrência de grande prevalência de transtornos mentais, acerca da influência do estado emocional em pessoas com (DM), pelo que as equipes de atenção básica de saúde devemos apoiar esses pacientes ampliando as ações de saúde mental na Atenção Primária.

O diagnóstico inicial de diabetes pode ter um impacto emocional significativo na pessoa que o recebe e sua reação será muitas vezes afetada pela história familiar de diabetes e por outras variáveis como a personalidade e a maneira como a informação é apresentada; tendo em conta esses aspectos estabelecemos a promoção da saúde como estratégia essencial para proporcionar os meios para enfrentar essa doença e lesões crônicas assim como opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e para que opte por todo o que propicie saúde (CARDOSO, 2007).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, originou a Carta de Ottawa. De acordo com esse documento “Promoção da Saúde” é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social. Nesse sentido, a saúde é um fator positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. “Assim, a promoção da saúde vai para

além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (OTTAWA, 1986).

No próximo caso que apresentaremos trata-se de uma paciente que recebeu o diagnóstico de DM tipo 2 e ao conhecer que é uma doença crônica vivenciou um estado de tensão emocional muito grande já que requererá se adaptar tanto física quanto mentalmente. Ela com a depressão que tinha cumpria tratamento medicamentoso, mas não tem a capacidade para garantir tudo o que tem que fazer para o cuidado da doença em relação à nutrição, medicamentos e exercícios o que complicou sua estabilidade física e psicológica.

#### 4. RELATO DE CASO

Paciente de 52 anos, branca, casada, trabalhadora do frigorífico, com Hipertensão Arterial e Depressão, realiza tratamento com Enalapril 10 mg 1cp de 12/12hrs e Fluoxetina 20 mg 1cp de manhã, Peso 71 kg e Altura 158 cm, IMC: 28,44 kg/m<sup>2</sup>, que se expressa de forma coerente e lógica. Observamos choro fácil e relata que desde que recebeu o diagnóstico de DM tipo II faz 15 dias sente indisposição para trabalhar e só quer ficar deitada. Relata “sinto tanta tontura e sonolência que não consigo fazer mais nada... Fico muito preocupada não consigo levar a doença com o trabalho e casa...” Além disso diz que não tem apoio da família porque o esposo dela fica mais tempo no trabalho que em casa e não tem espaço para lazer; os filhos são adolescentes e entre os estudos e as diversões não permanecem no lar; no entanto ela cumpria com a terapêutica farmacológica, porém mantinha hábitos de vida prejudiciais ao controle desses problemas de saúde.

Após a mudança da terapêutica antidepressiva de Fluoxetina(20mg) por Paroxetina(40mg) se decidiram elaborar estratégias cognitivo-comportamentais, abordagens psicoeducacionais assim como abordagens familiares. Também atividades de promoção de saúde desenvolvidas para proporcionar conhecimento para poder exercitar sua autonomia na decisão sobre sua situação de saúde.

##### 4.1 DISCUSSÃO

Encontramos similaridade entre os dois casos apresentados no que se refere a desenvolvimento de transtornos mentais em doenças crônicas não transmissíveis

como o DM, destacando que há evidências da alta prevalência de demanda em saúde mental não só em pacientes diabéticos também na população atendida na atenção primária sendo necessário prevenir e tratar precocemente esses estados com intervenções dirigidas a uma população ou grupo populacional fazendo transformação da saúde mental.

No caso relatado a paciente precisa de estratégias cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e aderência as recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam a promoção e apoio ao autocuidado por os quais a equipe precisa ser instrumentalizada para aplicar no seu dia a dia (BRASIL, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) associada a um programa psicoeducacional demonstrou uma abordagem terapêutica eficaz. Alguns autores observaram que a simples participação de pacientes em programas educacionais para diabéticos leva a melhoria dos sintomas mentais assim como as abordagens de intervenção integrada (CARNEY, 1998).

Cabe à unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção, prevenção até a assistência aos casos identificados. A prevenção é um conjunto de atitudes que devemos tomar por antecipação, de modo a evitar determinados acontecimentos, ou seja, surge no sentido de precaução ou de evitar determinados riscos (CZERESNIA, 2003).

O Profissional da saúde deve fazer prevenção a partir do nível de conscientização da comunidade envolvida; de modo geral a prevenção visa, principalmente, à promoção e manutenção da saúde da população.

Temos que ter em conta que existe a prevenção primária: feita antes da doença, quando os indivíduos são susceptíveis, com intuito de evitá-la, aqui são feitas medidas de promoção de saúde como atividade física, não fumar, comportamentos alimentares etc; Também a prevenção secundária onde o paciente já é doente, porém assintomático, são feitas ações de rastreo como exames periódicos de saúde e a procura de casos por agentes da vigilância epidemiológica. Além da prevenção terciária onde procura-se estabilizar doenças crônicas e evitar complicações. (ANTONIO, 2010).

Entretanto, esforços de prevenção e promoção de saúde tanto física como mental, ajuda a detecção precoce dos transtornos mentais para aumentar a probabilidade de intervenção precoce diminuindo positivamente o risco de uma evolução com seqüelas residuais graves do diabetes ou outras doenças.

## **4.2 CONCLUSÃO**

Ao considerar os diversos aspectos inerentes à complexidade da Saúde mental nos diferentes grupos populacionais, os profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver ações psicoeducativas recorrendo para isso ao trabalho das equipes multidisciplinares numa perspectiva de promoção de saúde. Esta abordagem remete para uma visão holística do processo saúde doença, reconhecendo a complexidade do seu sistema psíquico e somático e a necessidade de informações complementares por parte de todos os profissionais de saúde sobre o controle e prevenção dos transtornos mentais (BRASIL, 2006).

No trabalho psicológico a realizar individualmente ou em grupo, o objetivo principal é conseguir melhor qualidade de vida, que muitos pacientes sentam que existe um espaço em que podem conversar com outros que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades para aprender estratégias a través da promoção de saúde para lidar com as situações mais difíceis com que se comprometam no seu quotidiano (FERREIRA, 2007).

Um maior conhecimento sobre as doenças, fatores de risco, alimentação saudável, está relacionado com uma melhoria da qualidade de vida.

## 5. VISITA DOMICILIAR NA DIABETES MELLITUS

Dentre as condições crônicas da Unidade de Atenção Básica (UBS) onde atuamos, o Diabetes Mellitus (DM) tem se configurado como um dos principais problemas de saúde conforme já mencionado nos capítulos anteriores, descreveremos as práticas em relação à visita domiciliar num paciente diabético com critérios para esse atendimento.

É sabido que o Atendimento Domiciliar (AD) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. O objetivo é permitir que indivíduos que necessitem de cuidados para circunstâncias agudas ou crônicas de saúde recebam o tratamento de qualidade no domicílio ou na comunidade, ou facilidades em longo prazo do cuidado, sendo que a sustentação ou cuidado para os amigos e a família, que fornecem o cuidado para seus familiares doentes é também importante. Compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no domicílio do cliente, direcionados a ele próprio e/ou os seus familiares. Desse modo abrange tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo assim, as modalidades visita e internação domiciliar (LACERDA, 2006).

Visita Domiciliar é um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e orientações. Na visita domiciliar é desenvolvido ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos tenham condições de se tornar independentes. É considerada a atividade externa à UBS mais desenvolvida pelas equipes de saúde e se caracteriza por permitir o cuidado à saúde de forma mais humana e acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os pacientes.

### 5.1 ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

A atenção domiciliar fomenta a aplicação dos princípios do SUS (integralidade-universalidade-equidade) assumida como prática centrada na pessoa e seu processo saúde doença. Para poder cumprir com esses princípios na atenção domiciliar (AD) deveu no processo de trabalho da equipe priorizar a interdisciplinaridade para cada caso ser discutido e planejado pela equipe, família e comunidade. Na organização desse trabalho interdisciplinar o primeiro passo é a



identificação dos pacientes elegíveis para a AD na territorialização. O segundo passo é a classificação do AD; A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados com dificuldade de locomoção até a UBS ou que necessitem de cuidados de menos complexidade. Modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado com impossibilidade física de locomoção até UBS e aos que precisam de acompanhamento contínuo (curativos, uso de sondas, cuidados paliativos, etc.). Modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde com impossibilidade física de locomoção até UBS e necessidade de maior frequência de cuidado, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, exemplo Diálise peritoneal, paracentese, etc.(BRASIL, 2012).

O terceiro passo é elaborar um plano de cuidado para cada paciente, contendo as condutas propostas, serviços ou equipamentos, periodicidade da visita, previsão de tempo de permanência e o papel de cada membro da equipe (BRASIL, 2012).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde atuamos, para a realização de uma VD, o paciente deve ser morador da área de abrangência, a familiar deve aceitar ou desejar a assistência domiciliar, o paciente a ser visitado deve estar com uma condição clínica comprometida ou com algum grau de perda funcional que dependa de outra pessoa ou não consiga se trasladar até a ESF assim como deve estar no momento da visita com um cuidador ou pessoa responsável por seu cuidado.

A visita pode ser solicitada pelo paciente, por seus familiares, por seu Agente Comunitária de Saúde (ACS) ou por algum membro da equipe e também por encaminhamentos de altas hospitalares. Semanalmente são agendadas até 6 VD nas quartas-feiras no horário das 13 horas até as 16 horas e 30 minutos. Geralmente se beneficiam deste serviço os pacientes acamados, os idosos com doenças crônicas que não deambulam fora de casa ou estão fragilizados, os operados e outros como situações de emergência e acompanhamento domiciliar periódico de pacientes pediátricos e grávidas.

Tendo em conta seus objetivos (assistencial, educativo, de avaliação, busca, vigilância, etc.) é necessário revisar o prontuário e reunir todos os dados sobre a pessoa ou familiar que visitará. Pode se estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita e o profissional da equipe mais indicado para avaliar a situação trazida. É importante estabelecer se há necessidade de mobilizar outros recursos da equipe ou externos (GUSSO, 2012).

Demonstramos agora um acompanhamento de usuário em VD de nossa UBS: Trata-se de um paciente de 78 anos, Obeso portador de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Crônica (HAS) e Insuficiência Cardíaca Congestiva morador da área de abrangência com dificuldade para chegar a UBS. Mora com sua esposa de 69 anos doente de Asma Brônquica e HAS que faz crises freqüentes de asma e com a responsabilidade de ser cuidadora de seu esposo.

A ACS solicita agendar visita domiciliar por queixas referentes à descompensação glicêmica e dificuldade no relacionamento familiar. Na reunião da equipe de saúde onde analisamos os pacientes a visitar no domicílio na próxima semana nas quartas-feiras, planejamos a assistência ao domicílio envolvendo com uma abordagem integral do paciente, fazendo revisão do prontuário e avaliando todos os fatores associados onde olhamos riscos como a obesidade e uma alimentação inadequada rica em calorias relatada pela ACS o que decidimos atingir a equipe toda a atenção do paciente, organizando visitas pela nutricionista, psicologista, odontologista e fisioterapeuta.

Na VD com a ACS e técnica de enfermagem, pudemos conhecer a relação familiar em que o paciente está inserido. Sua esposa esquecia-se de algumas tomadas de medicamentos e ela como cuidadora precisava ajuda também. No momento da visita se encontrava uma das três filhas que mais perto mora a quem falamos da importância da aderência ao tratamento para Diabetes Mellitus e outras doenças de seu pai. Fizemos avaliação do estado geral e físico, questionamento sobre o estado atual do paciente, aferição de Pressão Arterial e teste rápido de glicose (HGT), indicamos exames, além de orientações sobre alimentação adequada para DM e aconselhamentos gerais. Elabora-se um Projeto Terapêutico Singular a partir da identificação dos fatores que influenciam a aderência ao tratamento.

A filha foi convidada a participar nos grupos de HIPERDIA para receber educação sobre alimentação saudável para o diabético, assim como também foi educado e motivado o paciente à adesão ao tratamento através do cuidado pela filha. A esposa recebeu atendimento psicológico, clínico e fisioterapia respiratória pelas doenças dela.

Nas próximas visitas domiciliares a correção na adesão ao tratamento foi indicada pela diminuição progressiva das glicemias capilares colhidas pelas técnicas em enfermagem além de se observar uma melhora do sofrimento biopsicossocial neste paciente e da família com uma abordagem centrada na pessoa através da equipe multidisciplinar (GIACOMOZZI e LACERDA, 2006).

## 6. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Através deste trabalho foi possível concluir que neste período de vida acadêmica, que começou com os estudos do Eixo 1, foi possível conhecer as áreas de atuação coletiva, tanto na gestão e planejamento do labor da Unidade de Saúde como a assistência aos pacientes. Fortalecemos a unidade em equipe conhecendo a intersectorialidade e a necessidade de aprender mais sobre o território de abrangência no qual atuamos, visando todas as etapas com uma melhor organização do atendimento diário.

No campo de Saúde Coletiva foi permitido identificar os diferentes modelos de Atenção à Saúde com sua situação de saúde para poder entender melhor o Sistema de Atenção Primária à Saúde, tendo em vista um adequado conhecimento para o controle do trabalho.

Analizamos os distintos instrumentos para a organização da Atenção Primária da Saúde destacando a Epidemiologia e indicadores de saúde, o que admitiu avaliar os diversos relatórios e a qualidade dos dados produzidos, e ajudou a implementação de atividades no dia a dia de nossa Estratégia de Saúde da Família.

O Eixo 1 também consentiu introduzir e criar habilidades para compreender ao máximo o Eixo 2 onde por meio de casos complexos, com questões relacionados à assistência integral da saúde do idoso, crianças, adolescentes, adultos e da mulher há possibilitado adquirir experiências para a qualidade dos atendimentos para nossos pacientes.

A realização deste trabalho deixou identificar a realidade do principal problema de saúde da UBS onde trabalhamos, ajudando também a registrar, analisar e planejar estratégias para desenvolver atividades para um desempenho da qualidade de vida, intensificando a percepção da necessidade de uma atuação constante da equipe de saúde da família no incentivo das práticas de educação em saúde para brindar conhecimento e esclarecer dúvidas sobre os distintos parâmetros que levam a descontrole da Diabetes Mellitus.

Investir nas ações de promoção e prevenção em Saúde como estratégias, é indispensável no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária de Saúde já que garantida à transformação dos distintos estilos de vida dos usuários para que eles podam ter uma qualidade de vida superior.

Para orientar o desenvolvimento de interações efetivas é imperioso ampliar o entendimento nas populações com baixa e média renda para os quais novos estudos assumem grande importância.

O programa de intervenção comunitário apresentado neste estudo teve resultados favoráveis porque produziram resultados nas mudanças de comportamentos de risco em nível populacional e ajudou a aproveitar melhor os recursos humanos de setor saúde assim como centralizar o tratamento no paciente e na família, sendo que o papel central e a responsabilidade do paciente, devem ser enfatizados no Sistema de Saúde.

Considerando-se que as doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes Mellitus e HAS tem um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedades em geral, é necessário realizar ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades. É preciso grande empenho por parte de todo o pessoal da saúde para superar esse desafio. Por tanto a autopreparação diária e cotidiana de todos os profissionais da saúde é importante para a atualização dos seus conhecimentos e exercício competente.

O curso de Especialização em Saúde da família é uma janela útil para a superação do médico de comunidades, permitindo melhorar o atuar ótimo desse experto e porém garantir um melhor atendimento das populações, do uso dos recursos e serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde de Brasil.

., Ressaltamos que o curso de Especialização em Saúde da Família contribuiu para minha formação profissional já que aprendi com a problematização de ações cotidianas no trabalho a avaliar e desenvolver diagnósticos em situações complexas com um abordagem integral ao paciente.

## REFERENCIAS

ANTONIO, P. A Psicologia e a Doença Crônica: Intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. **Psic.Saúde & Doenças**, Lisboa, v.11, n.1, p. 15-27, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s16450086201000100002&ing=pt&nrm=iso>> Acesso em: 30 de abril de 2018.

ASSEGA, M.L; et al. Projeto Terapêutico Singular e Equipe Multiprofissional no manejo de caso clínico complexo: Relato de experiência. **Revista Enfermagem UFPE**. V9, n 4, p 7482-8. Recife, 2015. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistasenfermagem/.../16440>> Acesso em: 29 de abril de 2018.

BOCCARDO, A.C. et al. O Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Organização do Cuidado nos Serviços de Saúde Mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v 22, n 1, p. 85-92, jan-abril, 2011. Disponível em: <<https://revistas.uspe.br/article/viewfile/14124/15942>> Acesso em: 16 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS. **Relatório de Gestão**. 2003-2006. Brasília, 2006. Disponível em: <<https://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewfile/80/138>> Acesso em: 28 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, 2013. 160p. Disponível< <https://dab.saude.gov.br>> Acesso em 28 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Caderno de Atenção Domiciliar. V 1. Brasília-DF, 2012. Disponível em< <https://portal.saude.gov.br/portal/biblioteca/.pdf/.conteudo=publicações/melhor-em-casa>> Acesso em: 21 de abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de Maio de 2013. **Gabinete do Ministro**. Brasília. Disponível em: [http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal\(1\).pdf-leitor](http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal(1).pdf-leitor). Acesso em: 21 de abril de 2018.

CARDOSO, J.P; et al. Formação interdisciplinar: **Efetivando Propostas de Promoção da Saúde no SUS**. **RBPS**, v. 20, n.4, p. 252-8, 2007. Disponível em:

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/download/1035/2195> >Acesso em: 30 de abril de 2018.

CARNEY C. Diabetes Mellitus and major depressive disorder: na overview of prevalence, complications and treatment. *Depress Anxiety*. 1998; 7( 4): 149-57. Aput. Moreira, R.O et al. Revisão Diabetes Mellitus e Depressão: **Arquivo Bras. Endocrinol. Metab.** V.47, n.1, p.19-29, fevereiro, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a05v47n1.pdf>>. Acesso em: 29 de abril de 2018.

CZERESNIA, D.O. Conceito de Saúde e a diferencia entre prevenção e promoção. *Promoção da Saúde; Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2003.p. 39-53. Aput. Staliano, P.; Ferreira de Araujo, T.C.C. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças; Um estudo com agentes comunitárias de saúde, **Revista Psicologia e Saúde**. Brasília, v.3, n.1, p. 43-51, jan- jun, 2011. Disponível em: <<https://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewfile/80/138>> Acesso em: 28 de abril de 2018.

DUNCAN, B.B et al. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primaria Baseadas em Evidências**. 4. Ed. Seç. V, p.585-92; 600-9. Porto Alegre, Artmed, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?isbn=858271114x>> Acesso em: 28 de abril de 2018.

FERREIRA, M.S; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C de A; **Promoção da Saúde: Entre o conservadorismo e a mudança**. CBCE. Rio de Janeiro, p. 1-8, 2007. Disponível em< <https://www.cbce.org.br/docs/cd/resumos/023.pdf>> Acesso em: 29 de abril de 2018.

GUSSO. G; et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Abordagem Comunitário: Cuidado Domiciliar**. São Paulo: Artmed, 2012. V 1, 255p.

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família.**Texto Contexto Enfermagem Florianópolis** V.15,n 2, out-dez, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/.0802.pdf>>. Acesso 21 de abril 2018.

LACERDA, M.R, et al. Atenção à Saúde no domicilio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade, São Paulo**, v 15, n 2, maio/ago 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902006000200009>> Acesso em: 20 de abril de 2018.

LIMA, S.M. Papel da Psicologia no Acompanhamento do Paciente com Diabetes Mellitus. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, V. 14, n.4,p. 76-80, dez, 2015. Disponível em:

<<http://www.epublicacoes.verj.br/index.php/revistahupe/article/view/20062> > Acesso em 30 de abril de 2018.

OTAWA, Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa, 1986**. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)  
Acesso em: 20 de março de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA. Portal Público. Histórico do município. Disponível em: <https://farroupilha.rs.gov.br>. Acesso em: 27 de abril de 2018.

STALIANO, P; FERREIRA, T.C.C. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; Um Estudo com Agentes Comunitárias de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**. Brasília, v.3, n.1, p.43-51, jan-jun, 2011. Disponível em:  
<<http://www.gpc.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewfile/80/138> > Acesso em: 29  
de abril de 2018.



## **ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

RITA MARIA CALZADA GARCIA

ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA MELHORA DO  
CONTROLE DA DOENÇA.

FARROUPILHA  
JULHO DE 2017

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. O tratamento do paciente diabético inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas para estabelecer o equilíbrio do metabolismo. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com os pacientes diabéticos da UBS Industriais de Farroupilha porque eles têm descontrole da sua doença mesmo que cumprem com tratamento medicamentoso. A ação a realizar inclui o cadastramento destes usuários no programa de atenção à diabetes o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da UBS. Faremos eleição do grupo risco médio por ser este o grupo com maiores problemas e se beneficiaria desta abordagem. Nosso objetivo é alcançar um controle glicêmico adequado em pacientes diabéticos, focado na prevenção, educação, promoção de mudanças do estilo de vida e autocuidado no tratamento. Realizou-se revisão de literatura nos bancos de dados MEDLINE e Biblioteca Virtual em saúde Ministério de Saúde (BVS/MS) com os descritores: diabetes, promoção de saúde, autocuidado, educação em saúde. Demonstrou-se na literatura a importância do controle melhor qualidade de vida glicêmico adequado e da adesão ao tratamento não medicamentoso. A literatura confirma que essas intervenções melhoram o controle glicêmico, previnem ou retardam o desencadeamento de complicações agudas e crônicas. Esse projeto pretende que o paciente tenha conhecimento sobre sua doença e assim ajuda a obter melhor qualidade de vida.

## 1 INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos demonstram que o Diabetes *Mellitus* (DM) cresceu de modo expansivo nos últimos anos, sendo que em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, a estimativa é desse número cresça, em projeções para 2020, para 135 milhões. Este aumento se deve preponderantemente ao maior envelhecimento populacional e pela adoção global de estilos de vida deletérias, (Brasil, 2006).

O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica que provoca muitas complicações sendo considerado um importante problema para os profissionais da saúde por ocasionar perda da qualidade de vida dos pacientes. O Sistema de Saúde tem como prioridade a atenção e prevenção do Diabetes para assim evitar sequelas das complicações da-doença.

É importante que a doença em si seja-compreendida como um fenômeno uni ou multicausal. A população precisa tomar decisões conscientes sobre mudanças de estilo de vida para que tenha melhorias em sua saúde e é através das ações de educação para a saúde que poderão refletir sobre o modo de vida que devem levar e assim mobilizar os recursos disponíveis para-se manterem saudáveis. Com a educação em saúde, os pacientes vivenciam suas realidades, permitindo uma maior participação no processo de intervenção já que o paciente Diabético pode fazer uma comparação das experiências vividas e da atual e assim fazer modificações na sua vida cotidiana.

As mudanças de estilo de vida é um processo lento e mais na alimentação já que os hábitos alimentam rios tem influencia pela cultura por ser transmitida de geração a geração ou por instituições sociais; além disso influenciam o indivíduo a adotar padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a algum os alimentos, crenças e supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos.

Com este trabalho buscamos justificar que conhecendo os comportamentos dos pacientes Diabéticos e fazendo estratégias de intervenção, podemos incorporar mudanças na alimentação e assim obter um controle melhor desta doença que faz muito dano à população.

## **PROBLEMA:**

O controle da Diabetes e suas complicações é um problema para a equipe de saúde. Porque muitos pacientes Diabéticos controlados com tratamentos chegam a unidade para consultas de rotina com cifras altas de HGT?

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Intervenção educativa na mudança da alimentação de pacientes diabéticos na unidade industriais de Farroupilha.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os pacientes diabéticos tipo 2 que mantem taxas altas de HGT.
- Identificar conhecimento dos pacientes sobre alimentação adequada para portadores de diabetes.
- Realizar acompanhamento de pacientes com glicose elevada em jejum.
- Conhecer problemas atuais de saúde dos pacientes.
- Avaliar a saúde dos pacientes após realizarem mudanças na alimentação.

#### 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregá-la adequadamente no organismo.

Mas o que é insulina? É um hormônio que controla a quantidade de glicose no sangue. O corpo precisa desse hormônio para utilizar glicose, que obtemos por meio dos alimentos como fonte de energia. Quando se tem diabetes, o organismo não fabrica insulina e não consegue utilizar a glicose adequadamente. O nível de glicose no sangue fica alto, provocando a “famosa” hiperglicemia. Se esse quadro permanecer por grandes períodos, poderá acarretar danos nos órgãos, vasos sanguíneos e nervos (Sociedade Brasileira de Diabetes,2006).

Outro conceito similar é o proposto pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), ao enfatizar que o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Segunda Costa (2009), a etimológica da palavra diabetes tem a sua origem no grego, que significa atravessar. Em tempos passados, toda pessoa que excretava urina em excesso era considerado portador de diabetes e se essa urina fosse açucarada poderia ser diagnosticada como Diabetes *Mellitus*.

Para ORTIZ e ZANETTI (2000), o Diabetes *Mellitus* tem sido reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública, face aos indicadores de morbidade e mortalidades relacionadas à patologia, como também aos custos gerados no seu controle e no tratamento de suas complicações. É considerada uma das principais patologias crônicas que acometem o Homem moderno e as populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social (AEMS,2001).

A classificação proposta pela Associação de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM TIPO 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Também há duas categorias, referidas como pré-diabéticas, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância a glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares DCV (AMERICAM DIABETES ASSOCIATION, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde o DM1 resulta primariamente da destruição das células betas pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% das pessoas com DM. O DM2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM2 é hoje considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos usuários com DM2 (BRASIL, 2001).

O DM gestacional trata-se de qualquer intolerância a glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Similar ao DM2, o DM gestacional associa-se tanto a resistência á insulina quanto a diminuição da função das células betas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Na maioria dos casos o DM é assintomático, cerca de 50% dos usuários desconhecem a doença. Quando as manifestações clínicas estão presentes a pessoa apresenta hiperglicemia, que leva à poliúria, polidipsia, polifagia perda de peso involuntária, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, e disfunção erétil (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes fatores responsáveis pelo aumento de prevalência do DM (BRASIL,2010b).

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada à doença, a precaução de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; através da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado a vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que prime a qualidade de vida e a autonomia.

O controle da DM significa manutenção dos níveis de açúcar (glicose) no sangue tão próximos dos valores normais quanto possível, sendo necessário o

acompanhamento por uma equipe de saúde multidisciplinar para estabelecer um equilíbrio entre a medicação e o monitoramento do açúcar sanguíneo, dieta e exercícios.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção de natureza quanti qualitativa com estado de análise inicial e final. A pesquisa conta com os pacientes diabéticos da UBS de Industriais cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Sistema de Informação Básica (SIAB) de nossa unidade.

A captação destes usuários será realizada na UBS assim que o usuário vem a consulta de rotina, faz HGT em jejum e se alterada, a enfermeira cadastrará no programa de Intervenção.

Informaremos a comunidade sobre a existência do projeto de intervenção educativa para os diabéticos, serão informados os diabéticos pela visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde assim como nos grupos de idosos e HiperDia e também na sala de espera, as pessoas envolvidas nesta atividade seriam o médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS.

A pesquisa vai ser dividida em três momentos:

- O primeiro momento será a apresentação do projeto para a equipe de saúde na primeira semana de agosto 2017 a fim de compartilhar os objetivos, metodologia e resultados esperados e assim organizar a coordenação com a equipe para apresentar todas as atividades a serem desenvolvidas com os prazos estabelecidos e as pessoas responsáveis.

- O segundo momento será a aplicação do mini questionário de hábitos alimentares a todos os pacientes diabéticos que irão a participar do projeto com medição dos níveis glicêmicos dos mesmos na segunda quinzena de agosto 2017. Neste tempo, a equipe fará o levantamento dos recursos necessários para a execução desta atividade. Capacitaremos a equipe para realização do hemoglicoteste em diabéticos, será aproveitado o espaço da reunião de equipe pelo médico e enfermeira para desenvolver esta capacitação sobre a forma adequada do controle de HGT. Utilizaremos como matéria hemoglicoteste, fitas, lancetas, computador, canetas, e cadernos.

Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; esta ação será desenvolvida pelo médico no início da intervenção, sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade. Os ACS serão treinados para reforçar as orientações já explicadas na consulta pelo



médico, informa que são trimestral para os diabéticos que não tenham um bom controle metabólico, e semestral para diabéticos com bom controle metabólico.

- O terceiro momento compreende as intervenções de educação alimentar que ocorrerão em 8 semanas com um encontro semanal de 45 minutos na sala de reunião da Unidade onde faremos as palestras sobre os cuidados da alimentação do diabético. Visa-se ensinar como elaborar uma guia de alimentação adequadamente para quem sofre com esta doença e fazer orientações específicas voltadas à prevenção e ao cuidado no diabetes através dos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável do Cadernos de Atenção Básica de Ministério de Saúde”.

Os formulários para coleta de dados inicial e final serão elaborados com base no teste “Como está sua alimentação?” do guia alimentar de Bolso do MS com o objetivo de buscar mudanças positivas nos hábitos alimentares dos diabéticos e seu controle metabólico.

Para a efetividade do tratamento os hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre o qual pode ser acrescido ou não o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evita o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO, 2012).

Ao final, aplicaremos o questionário novamente, com dosagem da glicose, para avaliar a intervenção feita nestes pacientes e elaborar conclusões.

## 6 CRONOGRAMA

Procedimento	Jul	Ag	Se	Ou	No	De
Apresentação do projeto e entrega da listas com dados dos pacientes para equipe em reunião da equipe.	X					
Apresentação do Projeto de Intervenção ao Conselho de Saúde da Comunidade.		x				
Divulgação do projeto à população-alvo e população em geral.		x				
Capacitação da equipe da unidade de saúde para realização dos hemoglicoteste.			X			
Fazer convites aos pacientes nas reuniões de grupos, visitas domiciliares e sala de espera, assim comonas consultas.		x				
Planejamento das sessões de educação alimentaria do projeto.			X			
Aplicação do questionário e realização dos hemoglicoteste.			X			
Atividades Educativas.				x	X	
Análise dos resultados.					X	
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.						X

## 7 RECURSOS NECESSARIOS.

- Sala
- Equipamento Multimídia
- Prontuários dos pacientes escolhidos para atividades
- Cadernos de Atenção Básica.
- Profissionais envolvidos
- Materiais para hemoglicoteste.
- Canetas
- Computador

## **8 RESULTADOS ESPERADOS**

- Melhorar o estado de saúde dos pacientes diabéticos.
- Que cada paciente diabético seja responsável por mudar sua alimentação para ter um controle da sua doença.
- Substituir alimentos inadequados pelos saudáveis.
- Melhorar o controle glicêmico.
- Prevenir complicações no estado de saúde nos diabéticos.
- Melhorar qualidade de vida.
- Garantir um envelhecimento saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Mellitus Care, v. 36. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica** .Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas Públicas**. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Situação de Saúde -Brasil. Brasília; 2010. CADEI, M. S.; COSTA, T. **Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação CECIER, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**.2015.

