

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PORTO  
ALEGRE/UNASUS. PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E  
PÓS-GRADUAÇÃO UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA FAMILIAR**

PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITUS, NA POPULAÇÃO IDOSA DA UBS  
ESMAILDA MARINHO DE OLIVEIRA, MUNICÍPIO CASTANHAL/ PARÁ.

**Aluna: DALISBET RAMOS WRIGHT**

**CASTANHAL- PARÁ / 2018.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PORTO ALEGRE/UNASUS.  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA FAMILIAR**

PREVENÇÃO DA DEABETES MELLITUS, NA POPULAÇÃO IDOSA DA UBS  
ESMAILDA MARINHO DE OLIVEIRA, MUNICIPIO CASTANHAL/PARÁ.

**Aluna: DALISBET RAMOS WRIGHT**

## **CASTANHAL– PARÁ / 2018.**

### **SUMÁRIO**

1 Introdução do Portfólio .....	4
2 Estudo de Caso Clínico .....	7
3 Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.....	12
4 Visita Domiciliar .....	16
5 Reflexão Conclusiva.....	19
6 Referências .....	21
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção .....	22

## **INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO**

Sou médica do Programa Mais Médicos (PMM), da Unidade de Saúde Esmailda Marinho de Oliveira, localizada no bairro Milagre, na prefeitura de Castanhal no Estado do Pará. Fez medicina na Universidade Antonio Luace Iraola, na Provincia Ciego de Ávila, Cuba e a Especialização em Medicina Geral Integral.

Atualmente trabalho em Castanhal, município brasileiro do estado do Pará, Região Norte do país. Pertencente à microrregião de Castanhal e a Região Metropolitana de Belém. Localiza-se a uma latitude 07°20'53" sul e longitude 50°23'45" oeste, distante 68 quilômetros da capital estadual, Belém, e 2 078 km da capital federal, Brasília.

É o sexto município mais populoso do Pará com população de 192 571 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. A cidade tem uma posição geográfica privilegiada no mapa do Pará, sendo cortada pela rodovia federal BR-316 - importante rota para o escoamento da produção, além disso, está a um pouco mais de 60 quilômetros de distância do porto, aeroporto e da Alça Viária, na região metropolitana de Belém.

Minha UBS Esmailda Marinho de Oliveira, tem uma população de um total de 1870 pessoas, sendo que 240 destas, estão com doenças crônicas não transmissíveis como por exemplo Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A mais frequente é a Diabetes Mellitus com um total de 138 pacientes. E temos também doenças crônicas transmissíveis onde as principais são: infecção respiratória, infecções da pele, doenças de transmissão sexual, Hanseníase e Tuberculose.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente elas são consideradas um sério problema de saúde pública e já eram responsáveis por 631 das mortes no mundo, sobre todo em pacientes idosos.

No projeto de Intervenção o tema escolhido foi: Intervenção educativa para aprimorar

o nível de conhecimento dos pacientes idosos sobre a prevenção da Diabetes Mellitus, na população idosa da UBS Esmalda Marinho de Oliveira, Município Castanhal, Estado Pára.

Esta doença tem fatores de risco modificáveis e não modificáveis, o nosso objetivo é diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus de forma contínua, através da eliminação de fatores de riscos modificáveis como por exemplo:

Tabagismo

Alimentação inadequada

Álcool

Inatividade física, entre outras...

A população aprende sobre esta patologia através de ações educativas realizadas em forma de palestras na UBS, através das visitas de enfermeira, médica e dos agentes comunitários de saúde em suas residências. Todos os pacientes fazem avaliação periódica, com consultas regulares mensalmente. Nos temos como finalidade avaliar nas consultas, visitas domiciliares, quais são as principais medidas para diminuir os fatores e evitar complicações como infecções ou problemas na circulação dos membros inferiores, pé diabético, amputação do membro e morte; e assim melhorar o estilo de vida dos pacientes.

É muito importante que os pacientes conheçam quais são os principais sintomas como, por exemplo, que urinam muito, tomam muita água, comem com muita frequência e tem muita coceira e prevenir às complicações mantendo os níveis de glicemia controlados.

Também orientar toda equipe de saúde e/ou cuidadores sobre os cuidados necessários para que lesões e alterações iniciais sejam prevenidas e, se já presentes, sejam detectadas em estágios iniciais para diminuição de morbimortalidade, deficiência física, amputações, internações e óbito.

O referido bairro conta de creche para os moradores que precisam trabalhar e deixar seus filhos aos cuidados de profissionais que cuidem deles, existe também escolhas particulares e públicas de boa qualidade, e contamos com centros comunitários que

reune a população para discutir sobre as melhorias e problemas do bairro como por exemplo ACOBAM (Associação Comunitaria do Bairro Milagre).

## 2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Para realizar a atividade 2 do portfólio decidi apresentar o caso de Dona Terezinha:

A USF Esmailda Marinho de Oliveira no bairro Milagre, onde eu trabalho tem uma população de um total de 1870 pessoas, sendo que 240 destas, estão com doenças crônicas não transmissíveis. A mais frequente é a Diabetes Mellitus com um total de 138 pacientes.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente elas são consideradas um sério problema de saúde pública.

A família Barros da Silva é formada por um casal, o senhor Francisco de 62 anos e Dona Terezinha de 59 anos. Eles moram com suas filhas, Vania (29 anos) e Vanessa (17 anos), na Rua Floriano Salinas, no bairro Milagre.

A senhora Terezinha sofre de Diabetes Mellitus há 3 anos e tem tratamento com Glibenclamida 1 cp jejum, almoço e jantar, ela é obesa e além disso a paciente teve em duas ocasiões cifras elevadas de pressão arterial e a glicose elevada, refere ter depressão, dificuldade para dormir depois que sua filha mais nova começou a consumir drogas; leva tratamento com Amitriptilina (25 mg) 02 comprimidos na noite, e Diazepam (10 mg) 01 comprimido pela manhã e faz mais de um ano que não frequentou as consultas.

O seu Francisco. Há 5 anos sofre de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, é fumante e leva tratamento com Losartana Potássica (50mg) 01 cp ao dia e Metformina (850 mg) 01 cp em almoço, agora controlado ele trabalha na feria como vendedor de frutas e verduras. Sua filha Vanessa é solteira, adolescente, com antecedentes de consumo de drogas, sem acompanhamento por Psiquiatria desde que deixou o tratamento e não finalizou a terapia no grupo antidrogas. A outra filha Vania trabalha em uma loja como vendedora, aparentemente sana.

## **Projeto Terapêutico Singular**

### **PLANO:**

**Objetivo:** Realizar o atendimento geral, integral, contínuo, e coordenado com os diferentes níveis de atendimento, centrado nas pessoas, na família e a comunidade, sempre com um olhar de risco e enfoque epidemiológico para de forma efetiva dar solução aos problemas de saúde individual e familiar que apresenta a família Barros da Silva propiciando uma maior qualidade de vida.

### **Ações de curto prazo:**

1.- Agendar consulta individualizada para cada membro da família, com o objetivo de definir o estado clínico individual e indicar exames laboratoriais precisos para a confirmação diagnóstica e tratamento adequado. Incluindo a toda a equipe na avaliação de todos los programas prioritários como vacinação, câncer cervical e uterino, câncer de mamas, saúde bucal, etc.

I. Enquanto a Dona Terezinha desenhamos para ela o seguinte plano terapêutico:

a. Agendar a consulta na terça-feira, dia que a equipe trabalha com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Responsável: ACS.

b. Realizar um exame médico exaustivo verificando a pressão arterial, IMC (peso, talla) e circunferência abdominal, bem como a glicose em jejum.

Responsável: Médico - Enfermeira.

c. Indicar exames como por exemplo: hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicerídeos, ECG, sumário de urina, radiografia de tórax, mamografia entre outros.

Responsável:

Médico.



d. Realizar exame de mamas também como, preventivo.

Responsável: Enfermeira.

e. Solicitar uma avaliação pela equipe de saúde mental e Psiquiatra para um melhor acompanhamento e tratamento da depressão, descontinuar o uso de Diazepam porque para ela não é a melhor escolha, também encaminhar a ela pela Nutricionista, para avaliar o peso, e reajustar o tratamento, encaminhar a ela para o grupo de caminhadas, fazer agendamento das consultas para dar orientações de prevenção das complicações da Diabetes e a Hipertensão Arterial.

Responsável: Médico - Enfermeira.

f. Lograr a incorporação de Dona Terezinha ao grupo de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, onde vai a receber orientações importantes para lograr a mudança de seu estilo de vida, como por exemplo alimentação saudável, fazer caminhadas, cumprir tratamento etc. logo da realização dos exames e avaliação dos resultados.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

g. Indicar tratamento para a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, aguardando o resultado dos exames

Responsável: Médico.

II.- Na abordagem de Francisco propomos o seguinte plano terapêutico:

h. Agendar a consulta na terça-feira, dia que a equipe trabalha com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Responsável: ACS.

b. Indicar exames: estudo da função renal, hepática, hemograma completo, ECG, sumário de urina, próstata, radiografia de tórax entre outros exames sem fosse necessário.

Responsável: Médico - Enfermeira.

c. Indicar tratamento para eliminar o hábito de fumar sempre enfatizando nos danos que ocasiona o cigarro para a saúde.

Responsável: Médico- Enfermeira.

- d. Dar orientações importantes para lograr a mudança de seu estilo de vida, como por exemplo alimentação saudável

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Tec. Enfermagem.

f. Encaminhar para o Pneumologista para avaliar a função respiratória, bem como ao dentista para avaliar sua saúde bucal e manter acompanhamento conjunto.

Responsável: Médico -

III. Na abordagem de Vanessa (17 anos) desenhamos o seguinte plano terapêutico:

- a. Brindar palestras sobre o uso de preservativo, planejamento familiar, métodos contraceptivos, DST entre outros temas.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

- b. Alcançar a incorporação de Vanessa ao grupo de antidrogas e psicoterapêutico novamente.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

IV. No caso de Vania proporemos agendar para consulta de Demanda Espontânea para realizar o exame físico do paciente e indicar exames como por exemplo Preventivo.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

#### **V. Outras ações importantes de curto e médio prazo:**

- a) Fornecer a vigilância epidemiológica na área, com pesquisa ativa e passiva de casos que podam ter Doenças crônicas não transmissíveis.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem

- b) Capacitar aos profissionais, agentes de saúde sobre os principais sintomas da Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial, entre outros temas.

Responsável: Médico, Enfermeira.

c) Fornecer a consulta de planejamento familiar que apresenta irregularidades em nossa USF.

Responsável: ESF.

d) Fornecer o trabalho com os adolescentes na comunidade, brindando palestras sobre drogadição, alcoolismo, DST, métodos contraceptivo.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

e) Fazer uma dinâmica familiar com o objetivo de orientar o manejo de cada membro da família.

Responsável: ESF.

Responsável pelo cumprimento das ações a equipe de saúde, com seu trabalho conjunto.

O PTS planejado foi realizado alcançando o atendimento e acompanhamento pela ESF dos membros da família de Dona Terezinha com resultados satisfatórios.

A senhora Terezinha logrou baixar de peso, compensar a Diabetes Mellitus e a pressão arterial com a realização de caminhadas, dieta saudável, e com o tratamento indicado, fica em acompanhamento com a equipe de saúde, participa ademais no grupo de HIPERDIA e participa no grupo psicoterapêutico.

No caso do seu Francisco também faz acompanhamento na USF, fez avaliação com a dentista, está com tratamento para deixar de fumar; bem como sua filha Vanessa que também logramos sua incorporação ao grupo antidrogas já antes mencionado.

Com o trabalho da ESF elaborando o **PTS** nós podemos propor um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e a família, o trabalho da equipe deve ser baseado nas necessidades dos usuários, com integralidade das ações e interdisciplinaridade; assim ajudamos a melhorar a qualidade de vida da população e da atenção médica.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Sou médica do Programa Mais Médicos (PMM), da unidade de Saúde Esmalda Marinho de Oliveira, localizada no bairro Milagre, na prefeitura de Castanhal no Estado do Pará. Quando eu comecei a trabalhar com minha equipe de saúde, minha agenda de trabalho foi enquadrada apenas na demanda espontânea, e os casos agendados, eu não tinha programação para trabalhar, com os grupos, nem com a comunidade; então nas primeiras reuniões foi uma preocupação que eu plantei a minha equipe de saúde, foi necessário mudar essa visão e entender que o trabalho de prevenção e promoção é a ferramenta fundamental para melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Eu propus começar o trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos, no início foi difícil, mas ao longo dos meses conseguimos resgatar o eixo fundamental do nosso trabalho, e hoje estamos trabalhando com diferentes grupos, como mulheres grávidas, saúde da mulher, grupos de apoio para pacientes de saúde mental, obtendo excelentes resultados; temos o apoio matricial, sendo de muita ajuda no acompanhamento adequado dos pacientes.

Um dos grupos com os quais trabalhamos é com pacientes diabéticos, que também é um dos objetivos de meu projeto de intervenção, os pacientes conseguiram melhorar e mudar seu estilo de vida, melhor adesão ao tratamento, e conseguimos a compensação da doença em muitos dos pacientes.

É responsabilidade da equipe de Atenção Primária (Equipe de Saúde da Família), ter um melhor conhecimento sobre os cuidados dos pacientes diabéticos e seus cuidadores bem como realizar as atividades de promoção e prevenção da saúde que são nosso eixo fundamental.

Com o estudo de casos clínicos complexos do 11 ao 20, consegui aprofundar meu conhecimento sobre diferentes doenças crônicas não transmissíveis como: Diabetes

Mellitus, Cardiopatia Isquêmica, Hipertensão Arterial, Saúde Mental, também sobre os protocolos de atendimento de doenças transmissíveis, puericultura e pré-natal.

O caso de Samuel, paciente masculino de 48 anos, que sofre de Diabetes Mellitus Tipo 2, é obeso, leva tratamento com Metformina irregularmente, com um padrão alimentar inadequado, consumidor de drogas, que apresenta disfunção erétil ; lembrei o Sr. Jose Silva Oliveira um paciente de 58 anos de idade, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial, ele não tomava o tratamento, compareceu a consulta pela queixa da fumigação nos pés, ansiedade, depressão, e disfunção erétil, ele estava muito preocupado com a disfunção erétil, e queria que eu prescrevesse uma medicação para esse problema.

Foi um caso um tanto difícil porque o paciente não queria entender que seu principal problema era a descompensação das doenças crônicas, que para resolver o problema que mais lhe preocupava, deveria compensar sua glicemia (230), e pressão arterial (180/110). O Sr. José era um paciente muito difícil, porque, além de sua doença crônica, sabíamos que ele tinha conflitos familiares com seus filhos e uma esposa por violência familiar, mas sugeri à equipe de saúde para agendar uma visita domiciliar, para entender melhor o contexto familiar, e tentar realizar diferentes ações para ajudar a compensação de José e melhorar o bem-estar da família, então decidimos fazer um projeto terapêutico singular, com a aceitação da família e do paciente.

## **Plano**

1. Na consulta realizar uma anamnese minuciosa, exame físico exaustivo enfatizando os sistemas respiratórios, cardiovascular, sistema venoso periférico.
2. Indicar exames: hemograma completo, glicose em jejum, hemoglobina glicosilada, estudos da função hepática, da função renal, microalbuminúrica, dosagem de

cálcio, potássio, sódio, PSA livre e total, sumário de urina, eletrocardiograma, ultrassonografia abdominal total.

3. Agendar consulta para acompanhamento continuado até a compensação da glicemia e pressão arterial.
4. Avaliação de todos os programas prioritários como vacinação, câncer de próstata, saúde bucal.
5. Realizar um tratamento multidisciplinar em conjunto com o NASF e o equipe de saúde mental, para um melhor acompanhamento da depressão e ansiedade.
6. Avaliação dos exames laboratoriais para conhecer o grau de controle da diabetes, e outras alterações.
7. Avaliação e reajuste das doses dos medicamentos.
8. Fornecer orientação para a saúde, enfatizando na importância da mudança do estilo de vida, como a alimentação saudável, diminuição do peso corporal, realização de atividades físicas regular.
9. Lograr a incorporação do senhor Jose ao grupo de Diabetes Mellitus e Hipertensão, onde ele receberá orientações importantes para alcançar mudanças em seu estilo de vida e melhor adesão ao tratamento.
10. Lograr a incorporação do senhor Jose aos grupos de autocuidado.
11. Tratar de forma multidisciplinar o problema da impotência, pois são diversas as causas que a provocam, neste caso não podemos descartar a possibilidade da causa orgânica a consequência da diabetes descompensada.

Foi um trabalho de vários meses, e como este caso existem vários na comunidade que nós temos que identificar precocemente, com o trabalho conjunto da equipe de saúde e da família, conseguimos a compensação da glicemia e a pressão arterial, a incorporação do senhor Jose ao grupo de diabetes e hipertensos, e autocuidado , a mudança no estilo de vida com a diminuição do peso corporal, alimentação saudável, melhor adesão ao tratamento; o paciente é mantido com um acompanhamento conjunto da ESF e a Equipe de saúde mental, melhorou a disfunção erétil, sem necessidade de tratamento com medicamentos.

Às vezes esquecemos que a nossa ferramenta fundamental no trabalho do dia a dia, é a educação, promoção, e prevenção da saúde, devemos olhar ao paciente sempre com um enfoque biopsicossocial para de forma efetiva dar solução aos problemas de saúde individual e da família.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

**A visita domiciliar** é uma forma de humanizar a atenção ao paciente, a qual é utilizada para promover um ambiente familiar mais saudável por meio de ações planejadas pelos profissionais da saúde (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, etc.) (Basil, 1997) (1). Sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil, desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (2). Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo a promoção e a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias em seu cotidiano, tem como dever a promoção e a manutenção desta qualidade no ambiente onde estão inseridos, estimulando a participação ativa bem como o empoderamento das famílias nas atividades de manutenção da saúde (2,3).

A visita domiciliar, como uma das principais ferramentas do PSF, constitui-se em um processo de atenção continuada e integrada, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, cura e reabilitação, nos permite conhecer as condições de vida e saúde das famílias, detectar, avaliar, apoiar e acompanhar os problemas de saúde do indivíduo e da família, fortalecendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida das pessoas, permitindo-nos realizar uma atenção integral e humanizada; é o instrumento ideal para conhecer este ambiente em que a família vive, o lugar onde o homem se alimenta, repousa, ocupa o lugar de lazer e relaciona-se com seus parentes, além disso tem uma função muito importante que é estimular ao paciente a participar de grupos operativos dentro da UBS, discutindo com os pares temas relativos ao processo saúde doença, quebrando os métodos tradicionalistas de abordagem, e optando pela educação de forma lúdica e dialogada (Brasil, 1997).

A equipe deve ganhar a confiança do paciente e sua família, conseguir uma sincera relação, real, ativa, interpessoal que nos permita identificar os diferentes fatores de



risco que influenciam o processo saúde-doença, poder promover atividades de promoção da saúde, incentivando mudanças no estilo de vida, estimular práticas de autocuidado que permitem à família sua participação ativa neste processo. Cada vez mais há um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, exemplo disso a Diabetes Mellitus, já que muitas vezes não são detectadas no tempo e outras, porque há um monitoramento insuficiente dos pacientes, ou porque as equipes de saúde não conseguem uma adequada interação médico-paciente - família, que nos permita detectar e agir sobre os diferentes obstáculos que interferem no cumprimento adequado de todas as orientações médicas. Acho que a visita domiciliar é uma ferramenta que as equipes de saúde podem usar nestes pacientes para conseguir um melhor acompanhamento, controle da doença, reabilitação, obtenção de apoio familiar que é muito importante para as mudanças no estilo de vida, e uma melhor adesão ao tratamento. A visita domiciliar complementa a integralidade, a longitudinalidade dos cuidados médicos das equipes de saúde para a comunidade, também o apoio das equipes multidisciplinares e nos ajuda a obter melhores resultados no acompanhamento desses pacientes. Com o aumento da população idosa em nosso país e, simultaneamente, com o crescente índice de morbidade de doenças crônico-degenerativas, temos também na comunidade pessoas que são muitas vezes, dependentes e precisam receber cuidados de algum membro da família: o cuidador. O cuidador domiciliar, ao ver uma pessoa de sua família com doença crônica e impossibilitada de cuidar de si, necessitando de alguém que a ajude, vê-se obrigado a responsabilizar-se por esse cuidado. Essa obrigação é determinada por seus próprios valores e princípios morais, mas também por laços afetivos. Essa escolha é consciente e ditada pela própria situação em que se encontra esse cuidador, ou seja, pelas circunstâncias que permeiam seu mundo familiar (MELLO, 2002). A equipe de saúde deve atuar, realizar diversas ações educativas e preventivas que ajudem o cuidador a um melhor atendimento do paciente ou familiar que está a seu cuidado, e também ajudar esse cuidador a cuidar de sua saúde, porque muitas vezes em sua ânsia de cuidar do paciente, eles esquecem de cuidar de si mesmos.

Em minha unidade de saúde a visita domiciliar é feita sexta-feira, nos primeiros meses de trabalho na UBS, notei nas consultas agendadas para pacientes diabéticos e nas demandas espontâneas, um grande número de pacientes com Diabetes Mellitus descompensada, a partir desta realidade, minha equipe de saúde assumiu a tarefa de realizar diferentes ações para encontrar possíveis causas, dentro das ações fizemos um cronograma de visitas domiciliares aos pacientes mais descompensados, além de ações educativas. Nas visitas domiciliares observamos que a maioria dos pacientes não tinham hábitos ou estilos de vida saudáveis, muitos abandonaram o tratamento e outros não fizeram corretamente, ou não tenham o conhecimento adequado da doença e suas complicações. Através das visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, especialmente pelos agentes da comunidade que participaram na pesquisa ativa desses pacientes que não compareceram à consulta, aqueles que são resistentes ao cumprimento das orientações médicas e adesão ao tratamento, foi possível identificar os fatores que tornam difícil o controle da Diabetes em nossa comunidade e nos ajudaram a minimizá-los, a família desempenhou um papel muito importante nos resultados obtidos com estes grupo de paciente. A interação da Equipe de Saúde da Família com as famílias e a comunidade é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, e ações que nos permitem melhorar a qualidade de vida de nossa população, a visita domiciliar é uma atividade que através dela podem ser potencializadas ações desenvolvidas na atenção primária como: universalidade, integralidade, equidade, acesso e continuidade.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este curso de especialização foi muito importante na minha trajetória já que através do estudo dos casos clínicos complexos e os outros materiais como por exemplo vídeo-aulas, artigos, cadernos de atenção consegui aprofundar meu conhecimento sobre as diferentes doenças que são o dia a dia em nossos postos de saúde, além disso me ensinou que devemos conhecer todos os detalhes do sistema de saúde, para entender a importância do nosso trabalho, nossa profissão no desenvolvimento e progresso do país. Também conhecer sobre os protocolos de atendimento de doenças transmissíveis, puericultura e pré-natal; cada caso clínico complexo baseou-se na realidade de nossas comunidades, na situação epidemiológica, nas doenças transmissíveis e não-transmissíveis mais frequentes, nos diferentes fatores de risco, toxicodependência, álcool, situações de violência, urgências e emergências médicas, procedimentos médicos, que nos ajudaram a melhorar a qualidade dos nossos serviços, os casos foram inteligentemente projetados, dando-nos uma abordagem para a realidade das comunidades onde trabalhamos.

Quanto aos pacientes diabéticos, hipertensos, em minha USF tiveram um melhor controle, começaram a ter mais conhecimento sobre sua doença e com isso melhor adesão ao tratamento. Pude aprimorar o nível de conhecimento nas mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses através das palestras e orientações educativas na consulta de puericultura e na visita domiciliar. Cada caso estudado me permitiu identificar os problemas e necessidades de saúde de nossa comunidade, trocar e compartilhar as experiências aprendidas com minha equipe de trabalho, permitindo ter uma percepção mais ampla das diferentes situações que enfrentamos no nosso dia a dia, desenhe planos e ações terapêuticas voltados para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, para melhorar a qualidade do nosso trabalho, a qualidade de vida e o bem-estar de nossa população, para o qual o curso oferece essa literatura rica e extensiva que facilita a aquisição e a reafirmação do nosso conhecimento.

Foram muito importantes os debates nos fóruns com meus colegas já que, pode intercambiar ideias, ampliar meus conhecimentos e conhecer suas experiências de trabalho, também outra forma diferente de resolver os casos, e uma melhor maneira de aprender de nossa prática diária, podendo exercer cada modalidade nos cuidados que oferecemos em cada consulta, já seja a demanda espontânea, consultas de puericulturas, pré-natal, pacientes com doenças crônicas, pacientes com DST, nas visitas domiciliares, no trabalho com diferentes grupos, ou no trabalho com a comunidade.

Posso afirmar que para mim foi uma experiência muito boa já que ganhe novos conhecimento, modo de agir em diferentes situações, o que me ajudou não só do ponto de vista profissional, mas também de um nível pessoal porque me fez pensar, corrigir diferentes ações que humanizaram meu trabalho, meu relacionamento com outros profissionais.

Este curso, em geral, tem sido uma ferramenta fundamental para aprofundar as regras, leis e protocolos médicos do Brasil que me ajudam a melhorar o acompanhamento de meus pacientes, e especialmente me ensino a visão de ver o paciente como um todo, de basear minha atenção centrada na pessoa e não apenas na doença, procurar diferentes maneiras para a solução dos problemas de saúde da minha comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério de Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério de Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd09_16.pdf)>.
2. Santos EM Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7. 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
4. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 71-80.

**ANEXO 1**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITUS, NA POPULAÇÃO IDOSA DA  
UBS ESMAILDA MARINHO DE OLIVEIRA, MUNICÍPIO CASTANHAL,  
ESTADO PARA.**

**Aluna: DALISBET RAMOS WRIGHT**

**Orientador: Diego Azevedo Conte de Melo**

**CASTANHAL- PARÁ / 2018.**

## **RESUMO**

Diabetes Mellitus, ou simplesmente diabetes, é um grupo de doenças metabólicas em que se verificam níveis elevados de glicose no sangue durante um longo intervalo de tempo. De acordo com o ministério da saúde, 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.

Este projeto de intervenção eu pretendo fazer uma intervenção educativa antes e depois, em minha unidade de saúde com a população idosa com o objetivo de conhecer o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus, através de um questionário de perguntas e palestras na UBS e as estratégias alcançadas seriam a diminuição da incidência de Diabetes Mellitus e melhorar o estilo de vida desses pacientes, e aprimorar o nível de conhecimento dos pacientes idosos sobre a prevenção da Diabetes Mellitus. A intervenção educativa será feita num grupo de idosos da população da UBS Esmailda Marinho de Oliveira do município Castanhal (PA) para descrever os fatores de riscos da Diabetes Mellitus e promover ações de prevenção destes fatores durante os meses de janeiro a junho/2017 e identificar quais são as principais dificuldades encontradas pelos pacientes diabéticos para controlar a doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prevenção, Intervenção educativa, Diabetes Mellitus.

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus, or simply diabetes, is a group of metabolic diseases in which high blood glucose levels are present over a long period of time. According to the ministry of health, diabetes is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycemia and associated with complications, dysfunctions and insufficiency of various organs, especially eyes, kidneys, nerves, brain, heart and blood vessels.

This project of intervention I had to do an educational intervention before and after in my health unit with the elderly population with the objective of knowing the level of knowledge about Diabetes Mellitus, through a questionnaire of questions and lectures in the UBS and the strategies achieved would be to decrease the incidence of Diabetes Mellitus and improve the lifestyle of these patients, and to improve the level of knowledge of elderly patients about the prevention of Diabetes Mellitus. The educational intervention will be carried out in a group of elderly people from the UBS Esmalda Marinho de Oliveira population of the municipality of Castanhal (PA) to describe the risk factors of Diabetes Mellitus and to promote actions to prevent these factors during the months of January to June / 2017 and to identify what are the main difficulties encountered by diabetic patients to control the disease.

**KEY WORDS:** Prevention, Educational intervention, Diabetes Mellitus.



## SUMÁRIO

1.Introdução .....	26
2.Problema .....	28
3.Justificativa.....	28
4.Objetivos .....	29
4.1 Objetivo geral .....	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
5.Metodología.....	30
6.Revisão bibliográfica .....	31
7.Cronograma .....	38-39
8.Recursos necessários .....	40
9.Resultados esperados.....	41
10.Referências Bibliográficas .....	43
11. Anexos .....	44

## **INTRODUÇÃO:**

Castanhal é um município brasileiro do estado do Pará, Região Norte do país. Pertencente à microrregião de Castanhal e a Região Metropolitana de Belém. Localiza-se a uma latitude 07°20'53" sul e longitude 50°23'45" oeste, distante 68 quilômetros da capital estadual, Belém, e 2 078 km da capital federal, Brasília.

É o sexto município mais populoso do Pará com população de 192 571 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. A cidade tem uma posição geográfica privilegiada no mapa do Pará, sendo cortada pela rodovia federal BR-316 - importante rota para o escoamento da produção, além disso, está a um pouco mais de 60 quilômetros de distância do porto, aeroporto e da Alça Viária, na região metropolitana de Belém.

A UBS Esmailda Marinho de Oliveira no bairro Milagre, tem uma população de um total de 1870 pessoas, sendo que 240 destas, estão com doenças crônicas não transmissíveis. A mais frequente é a Diabetes Mellitus com um total de 138 pacientes. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente elas são consideradas um sério problema de saúde pública e já eram responsáveis por 631 das mortes no mundo, sobre todo em pacientes idosos.

Na UBS, a Diabetes Mellitus é uma das doenças mais frequentes na população, pois é uma doença que ocorre quando o pâncreas não produz mais insulina suficiente ou quando o organismo não pode utilizar efetivamente a insulina produzida. É uma doença crônica de maior impacto nos gastos com saúde, pois quando mal controlado traz complicações macro e microvasculares graves que oneram os serviços de saúde.

Esta doença tem fatores de risco modificáveis e não modificáveis, o nosso objetivo é reduzir a incidência de pacientes diabéticos de forma contínua, através da eliminação de fatores de riscos modificáveis como por exemplo:

Tabagismo

Alimentação inadequada

Álcool

Inatividade física, entre outras...

A população aprende sobre esta patologia através de ações educativas realizadas em forma de palestras na UBS, visita dos agentes de saúde em suas residências que acontece em todo o bairro, etc. Todos os pacientes fazem avaliação periódica, com consultas regulares mensalmente. Nas consultas objetivamos quais são as principais medidas para diminuir os fatores e evitar complicações como infecções ou problemas na circulação dos membros inferiores, pé diabético, amputação do membro e morte; uma vez que o pé diabético é frequente em pessoas diabéticas com mais de 60 anos e assim podemos melhorar o estilo de vida.

É muito importante que os pacientes conheçam quais são os principais sintomas como, por exemplo, que urinam muito, tomam muita água, comem com muita frequência e tem muita coceira. Uma das melhores formas de prevenir uma possível complicação é:

Manter os níveis de glicemia controlados.

Examinar os membros inferiores regularmente e avaliação médica periódica. Também orientar toda equipe de saúde e/ou cuidadores sobre os cuidados necessários para que lesões e alterações iniciais sejam prevenidas e, se já presentes, sejam detectadas em estágios iniciais para diminuição de morbimortalidade, deficiência física, amputações, internações e óbito.

## **PROBLEMA**

- Dificuldade em orientar e acompanhar pacientes idosos que tem Diabetes Mellitus quanto ao cuidado adequado com os pés, assim como avaliar e identificar lesões iniciais, que podem ser prevenidas ou tratadas de forma precoce, evitando a evolução para estágios avançados de infecção e/ou amputação.

## **JUSTIFICATIVA**

- Responsabilidade da equipe de Atenção Primária (Equipe de Saúde da Família), sobre a avaliação dos pacientes idosos com Diabetes Mellitus, como medida preventiva fundamental para identificar, de forma precoce, as lesões iniciais e a avaliação das complicações.

## **OBJETIVO GERAL:**

- Aprimorar o nível de conhecimento dos pacientes idosos sobre a prevenção da Diabetes Mellitus, na população da UBS Esmalda Marinho de Oliveira.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus na população de idosos da USF Milagre.
- Identificar quais as principais dificuldades encontradas pelos pacientes diabéticos para controlar a doença.
- Realizar palestras educativas para orientar aos pacientes idosos como prevenir a Diabetes Mellitus.
- Melhorar o estilo de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus.

## **METODOLOGIA**

Em neste estúdio eu pretendo fazer uma intervenção educativa antes e depois, em minha unidade de saúde com a população idosa com o objetivo de conhecer e aprimorar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus, através de um questionário de perguntas e palestras na UBS e as estratégias alcançadas seriam a diminuição da incidência de Diabetes Mellitus, melhorar o estilo de vida desses pacientes em nesse grupo através do controle sistemático.

Eu procurei textos referentes ao tema como por exemplos artigos científicos, manual de Diabetes do Ministério de Saúde, Teses, Caderno de Atenção Básica, entre outros. As estratégias estarão baseadas na educação, prevenção e diminuição da incidência de Diabetes Mellitus.

Os resultados que se destinam a alcançar neste trabalho é que os pacientes idosos conheçam através das palestras educativas sobre a Diabetes Mellitus e fazer

- Compartilhar de vivências e conhecimentos;
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente
- Avaliar o nível glicêmico dos pacientes
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar

Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco e possam prevenir a doença, e em aqueles pacientes que são diabéticos melhorar seu estilo de vida, evitando as complicações.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Eu trabalho na UBS Esmalda Marinho de Oliveira no bairro Milagre, onde tenho uma população com um total de 1870 pessoas, sendo que 240 destas, estão com doenças crônicas não transmissíveis. A mais frequente é a Diabetes Mellitus com um total de 138 pacientes. É uma população onde a maioria é idosa com um índice elevado de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

Diabetes mellitus, ou simplesmente diabetes, é um grupo de doenças metabólicas em que se verificam níveis elevados de glicose no sangue durante um longo intervalo de tempo. De acordo com o ministério da saúde, 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. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília - DF2006).

Os sintomas da elevada quantidade de glicose incluem necessidade frequente de urinar e aumento da sede e da fome. Quando não é tratada, a diabetes pode causar várias complicações.<sup>[2]</sup> Entre as complicações agudas estão a cetoacidose, coma hiperosmolar hiperglicêmico ou morte.<sup>[3]</sup> Entre as complicações a longo prazo estão doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, doença renal crônica, úlceras no pé e retinopatia diabética (Campos, 2003).

Como afirma o autor Campos em seu artigo do 2003 esta doença tem diferentes sintomas que podem levar a multiplas complicações em minha unidade de saúde uma das complicações mais frequentes são amputação do membro, ulcera ou pé diabético, cegueira, entre outras.

Ainda segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), os principais sintomas da Diabetes são a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda involuntária de peso, os chamados “4 Ps”. Outros sintomas podem auxiliar no diagnóstico da diabetes, como a fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Mais tardiamente o diagnóstico pode ser feito pelas complicações crônicas, como a neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Como afirma os estudos realizados pelo Ministério de Saúde no ano 2006 a Diabetes Mellitus é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. É classificada em:

- Diabetes tipo 1 ou insulino-dependente: doença crônica, predominantemente autoimune, com destruição da célula beta, ocasionando a deficiência absoluta de insulina, possui forte determinante genético e longo período prodrômico, pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é mais comum em crianças e adolescentes.
- Diabetes tipo 2 ou não insulino-dependente: doença caracterizada por uma deficiência relativa da insulina, a maioria dos casos apresenta um excesso de peso e depósito de gordura centralizado no organismo. Ocorre uma resistência da ação da insulina e defeito o na sua secreção.
- Diabetes gestacional: uma hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, na maioria dos casos se resolvendo no período pós-parto, ou retornando anos depois.



- Existem outros tipos de diabetes que são menos frequentes, que resultam da disfunção das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, entre outras. O Diabetes acomete cerca de 7% da população adulta entre 30 e 69 anos e alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. (GROSS, et al. 2002).

Eu decidi fazer o estudo na população idosa já que nos últimos anos há aumentado o índice de Diabetes Mellitus em minha população e a maioria dos pacientes tem fatores de risco associados. Alguns fatores de risco indicam o rastreamento da diabetes (BRASIL; 2006):

- Idade > 45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL < 35 mg/dl e/ou triglicérides > 150 mg/dl.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
  - Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Um controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas relativamente simples, é capaz de prevenir complicações crônicas do Diabetes Mellitus, ou retardá-las, resultando em melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético. O seu controle envolve medidas de modificação do estilo de vida do indivíduo. O manejo do Diabetes Mellitus deve ser feito a partir de um sistema de saúde hierarquizado, tendo como base a atenção primária à saúde.

O exercício físico e uma dieta direcionada estão como medidas necessárias para o controle da glicemia, paralelamente ao tratamento medicamentoso.

Porém, a literatura enfatiza a dificuldade de adesão a tratamentos que exigem uma mudança de hábitos de vida. Entende-se que quanto mais vínculo este usuário tem com sua equipe de saúde, mais protegido este estará de possíveis complicações (GREGERMAN,1995). Neste caso podemos destacar a realização da visita domiciliar pelos integrantes das equipes de saúde da família, em particular o Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfocando a adesão ao tratamento e tem como atribuições o favorecimento da relação paciente-equipe, com uma participação ativa deste usuário, o ajudando a seguir as recomendações em relação a dieta, a atividade física regular, o uso correto das medicações entre outras mudanças de estilo de vida, (BRASIL,2006a).

Existem autores identificando que o maior contato com serviços de saúde tem um efeito protetor sobre a saúde, estando relacionado a uma probabilidade menor de morrer por diabetes. (ARAÚJO, et al. 1999).

O Ministério da Saúde define para a atenção básica, a consulta médica e de enfermagem, com realização do plano individualizado de cuidados para cada paciente, (BRASIL, 2006b). Por isso eu considero que a consulta de médicos e enfermagem nos indivíduos com maior risco para diabetes detectados pelos Agentes Comunitários é muito importante; definir a presença do risco e encaminhar ao médico da unidade para o rastreamento com a glicemia de jejum quando seja necessário.

As Equipes de Saúde da Família devem cadastrar e vincular todos os casos confirmados de diabetes, para que haja o acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial, encaminhando os casos que necessitem de um atendimento especializado para os demais níveis de atenção, podendo estar dentro do território ou em outros municípios, de acordo com negociação feita na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Em relação à quantidade de consultas de enfermagem, foi encontrado na literatura, uma recomendação de seis consultas paciente/ano, sendo incluído o exame de avaliação dos pés e orientações quanto a hábitos alimentares, hábitos de vida, uso das medicações e realização de Educação em Saúde (BRASIL, 2006b). São recomendadas quatro consultas médicas por paciente diabético a cada ano na atenção básica, e está inclusa nessas consultas a realização da confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis morbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes, solicitação de exames complementares, quando necessário, orientação sobre mudanças no estilo de vida, prescrição de tratamento não medicamentoso e tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006b).

Devem ser encaminhados para unidade de referência secundária, pelo médico da equipe de saúde da família todos os pacientes com diabetes para rastreamento de complicações crônicas, se não puder ser realizado na unidade básica; pacientes portadores de diabetes com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local; casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os que necessitam de consulta especializada tais como: cardiologia, oftalmologia, etc. (BRASIL, 2006a).

Estes encaminhamentos precisam estar bem planejados, organizados e controlados pela equipe de saúde da família que referenciou, para que se evite a perda desse usuário dentro do sistema. Em minha unidade os encaminhamentos são bem planejado sobre todo em aqueles pacientes com complicações crônicas. De acordo com as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde,

2006, a relação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção deve ser claramente definida, assim como:

A centralidade dos serviços de atenção básica implica no reconhecimento de seu papel protagônico na organização do sistema de atenção à saúde, o que condiciona à atribuição e organização de mecanismos organizacionais e materiais para que possam garantir a longitudinalidade do cuidado. Integrar o atendimento de urgência e emergência aos demais segmentos da rede assistencial é fundamental para a captação da demanda que não está vinculada às equipes de saúde, de forma a realizar seu acompanhamento sistemático (BRASIL, 2006b, p.2). Imagina-se então que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional.

Todos integrantes da equipe de saúde devem estar aptos para a realização de atividades de educação em saúde, o que implica em educação permanente em saúde ativa e constante, entre os integrantes e os usuários, favorecendo a aproximação e conseqüentemente a construção do vínculo, o que irá favorecer a adesão aos tratamentos. A promoção de educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde estimula e qualifica o cuidado (BRASIL, 2006a).

Vale ressaltar que tais recomendações descritas na Programação Pactuada e Integrada (PPI), constituem-se referências para orientar os gestores do SUS, dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras.

Com base nas informações encontradas nesta revisão, é de fato que a Unidade Básica de Saúde da Família Esmalda Marinho de Oliveira precisa de uma reformulação no seu processo de trabalho, iniciando com o cadastramento de 100% dos seus usuários diabéticos, possibilitando o conhecimento do perfil desses usuários. Através deste cadastramento, realizar a classificação de risco de cada um deles, para que seja agendada as suas consultas de acordo com a classificação do risco.

construção de um protocolo baseado nesse acompanhamento é muito necessária para a organização do processo de trabalho. Tanto o protocolo clínico, quanto o protocolo de organização dos serviços. De acordo com FARIA et al. (2008), os protocolos são considerados importantes estratégias para o enfrentamento de diversos problemas de saúde e são importantes instrumentos auxiliares nos processos de organização dos serviços e na padronização da atenção. A garantia dos fluxos assistenciais, facilitando a referência e contra referência, deve estar incluída no protocolo. Stein (2005) afirma que a qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços, sendo assim, a necessidade de estreitar a comunicação entre os setores do serviço de saúde do município de Castanhal, para que haja a garantia da integralidade da assistência à saúde desses usuários.

## CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADES</b>							
<b>MESES</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>
	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>	<b>2017</b>
Apresentação do Projeto e Entrega das listas com dados dos pacientes para as equipes das áreas de vigilância em reunião de equipe	X						
Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas	X						
Organizar critérios de inclusão/exclusão dos pacientes que participarão no projeto.		X					
Realizar o levantamento de pacientes pelos ACS			X				
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS					X		
Revisão Final e digitação							

Avaliar processo em reuniões de equipe, com Pacientes e cuidadores							<b>X</b>
Entrega do trabalho final							<b>X</b>

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

Equipe de saúde da família composta por 20 agentes comunitários de Saúde, 4 técnicos de Enfermagem, 2 enfermeiros, 2 médicos, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal.

### **RECURSOS MATERIAIS**

- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- Computadores;
- Folha A4;
- Impressora;
- Sala para realização de grupos.
- Balança.
- Esfigmomanómetro
- Requisição para exames laboratoriais
- Equipamento de multimídia
- Caneta
- Questionários.
- Série B. Textos Básicos de Saúde entre outra bibliografia.



## RESULTADOS ESPERADOS

Um controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas relativamente simples, é capaz de prevenir complicações crônicas do Diabetes Mellitus, ou retardá-las, resultando melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético. O seu controle envolve medidas de modificação do estilo de vida do indivíduo. O manejo da Diabetes Mellitus deve ser feito a partir de um Sistema de saúde hierarquizado, tendo como base a atenção primária à saúde.

O exercício físico e uma dieta direcionada estão como medidas necessárias para o controle da glicemia, paralelamente ao tratamento medicamentoso. Entende-se que quanto mais vínculo o usuário tem com sua equipe de saúde, mais protegido este estará de possíveis complicações.

Os resultados que se destinam a alcançar neste trabalho é que os pacientes idosos conheçam através das palestras educativas sobre a Diabetes Mellitus e fazer

- Compartilhamento de vivências e conhecimentos;
- Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente
- Avaliar o nível glicêmico dos pacientes
- Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar
- Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco e possam prevenir a doença, e em aqueles pacientes que são diabéticos melhorar seu estilo de vida, evitando as complicações, considerando os critérios de inclusão e exclusão como são:

Critérios de inclusão todo paciente idoso com ou sem Diabetes Mellitus que quiser participar e têm capacidade física e mental normal.

Critérios de exclusão, aqueles pacientes que não quiser participar ou apresentar incapacidade física e mental que impedindo de participar do projeto.

Finalmente, trazer o monitoramento e a avaliação para o processo decisório da equipe de saúde, cuja ação parte de conhecimento e análise da situação de saúde, pode contribuir para que outros processos de gestão da clínica aconteçam na/com a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. B; SANTOS, I dos; CAVALETI, M.A; COSTA, J.D; BÉRIA, J. U.

Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Rev. Saúde Pública 1999.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus Brazilian matinal Strategy for the Reorganization off Care for Arterial Hipertension and Diabetes Mellitus. Revista Saúde Pública. Editora USP. São Paulo: 2001. BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. 2006a. BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, vol. 4 – 2006b. BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, 2006. 148p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. de Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

FARIA, H. P. et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.27

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

GROSS, J.L.et al. Diabetes Mellitus: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq. Bras. Endocrinol Metab v.l. 46, n°1 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes para tratamento e Acompanhamento da Diabetes Mellitus.2007. STEIN, A. T. Busca da melhor evidência e de efetividade no GHC. Momento & Perspectiva Saúde.

## **ANEXO 2**

### **TERMO DE CONSENTIMIENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntario (a), do estudo do projeto de intervenção educativa sobre Diabetes Mellitus, conduzida por a Dra. Dalisbet Ramos. Este estudo tem por objetivo aprimorar o nível de conhecimento dos pacientes idosos sobre a prevenção dá Diabetes Mellitus, na população da UBS Esmailda Marinho de Oliveira bem como diminuir a incidência de Diabetes Mellitus, identificar quais são as principais dificuldades encontradas pelos pacientes diabéticos para controlar a doença, orientar aos pacientes idosos como prevenir a doença e melhorar o estilo de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Você foi selecionado (a) por presente capacidade física e mental normais e sua participação não é obrigatória sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo, também não tem risco e nem implicará gastos para os participantes. Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar um questionário de forma compreensível, antes e depois de oferecer uma palestra sobre a Diabetes Mellitus com um tempo de duração de 45 mint e vídeos para assistir.

Os dados obtidos por meio do questionário serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, só em médios acadêmicos e científicos e sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso que você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável (doutora).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Local e Data: -----,-----/-----/-----

Nome do (a) participante:-----

Assinatura do (a) participante: -----

Nome do (a) pesquisador (a): -----

Assinatura do (a) pesquisador (a): -----

## **ANEXO 3**

### **QUESTIONARIO**

**Nome:**

**Idade:**

**sexo:**

**Nível de escolaridade:**

**1- A Diabetes Mellitus é uma doença que tem muitos fatores de risco.**

**Verifique com uns X aqueles que considere que são fatores de risco.**

a) Idade > 45 anos -----

b) Aumento excessivo de peso -----

c) Alguém na família com Diabetes Mellitus -----

d) Stress -----

e) Alcoolismo-----

f) Alguém na família com Hipertensão Arterial -----

g) Tudo acima -----

**2- Os sintomas da Diabetes são muitos verifique com uns X aqueles que considere corretos.**

a) Necessidade de urinar várias vezes -----

b) Nervosismo -----

c) A sede -----

d) Fadiga e Fraqueza -----

e) Emagrecimento -----

f) Formigamento nos pés -----

g) Muita fome -----

h) Tudo acima -----

**3- Dos seguintes aspectos escreva verdadeiro ou falso. Para a prevenção e controle da Diabetes Mellitus são fundamentais:**

a) Uma alimentação equilibrada e saudável.

b) Não tomar medicação quando o médico indica.

c) Praticar exercícios físicos regularmente.

d) -----Não é necessário conhecer os níveis de glicemia no sangue periodicamente.

**4-Dos seguintes exames laboratoriais quais deles é para medir o nível de glicose no sangue. Verifique com uma X.**

a) ----- Fezes

c) ----- TGP

e)----- Glicemia de jejum

b) ----- Hemograma

d) ----- Colesterol

f) ----- TGO

**5- Se a Diabetes Mellitus não é controlada pode levar a muitas complicações.**

**Escriva cinco delas.**

1-

2-

3-

4-

5-



## **ANEXO 4**

### **RESPOSTAS CORRETA**

#### **Pergunta # 1**

g) Tudo acima, com um valor de 20 pts.

#### **Pergunta # 2**

h) Tudo acima, com um valor de 20 pts.

#### **Pergunta # 3**

- a) V
- b) F
- c) V
- d) F

Com um valor de 5 pts por cada um para um total de 20 pts.

#### **Pergunta # 4**

e) Glicemia de jejum, com um valor de 20 pts.

#### **Pergunta # 5**

Com um valor de 4 pts por cada um para um total de 20 pts.

As complicações podem ser:

**Pé diabético**

**Lesões nos rins como:** A nefropatia

**Problemas nos olhos como:** Cataratas, Glaucoma, Edema macular,

Retinopatia diabética, cegueira permanente.

**Neuropatia diabética**

**Problemas no coração:** Infarto do miocárdio, hipertensão arterial ou mesmo ter um AVC.

Além destas complicações pode surgir:

**Doença vascular periférica Impotência**

**Doença periodontal**

**Infecções**

**Morte**