



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

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA UBS DE ESPERANÇA DO SUL**

**CLARA DORKIS TEJEDA RUIZ**

**PROFESSOR-ORIENTADOR: FABIO FRANCHI QUAGLIATO**

**PORTO ALEGRE  
2018**

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

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA UBS DE ESPERANÇA DO SUL**

**CLARA DORKIS TEJEDA RUIZ**

**PROFESSOR-ORIENTADOR: FABIO FRANCHI QUAGLIATO**

**PORTO ALEGRE  
2018**

## SUMÁRIO

1. Atividade 1. Introdução do Portfólio	04
2. Atividade 2. Estudo de Caso Clínico	07
3. Atividade 3. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	10
4. Atividade 4. Visita domiciliar/Atividade no domicílio	16
5. Atividade 5. Reflexão Conclusiva	20
6. Referências Bibliográficas	23
7. Anexo 1. Projeto de Intervenção	25
8. Anexo 2. Genograma	44

## **1. ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO – INTRODUÇÃO.**

Meu nome é Clara Dorkis Tejeda Ruiz, tenho 45 anos, sou cubana, me graduei com o título de médica em julho de 1995 e de Medicina Comunitária em novembro de 2000. Iniciei minha carreira profissional como médico de família há 22 anos. Em julho de 2016 aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil, desde então atuo na cidade de Esperança do Sul, pertencente ao Estado do Rio Grande do Sul. Eu trabalho na unidade básica de Saúde de Esperança, na Equipe de Saúde da Família 1. Nossa equipe está formado por Médica, Enfermeira, Técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários.

O município, Esperança do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à Microrregião Três Passos e a Mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. Tem uma altitude da Sede de 387m, encontra-se a 401.256 km de distância da Capital em Linha Reta e sua área é de 148,38 km<sup>2</sup>, representando 0.0552% do Estado, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD. Tem uma população de 3.272 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Quanto aos habitantes: 1650 são homens e 1622 são mulheres, 167 tem menos de cinco anos e 711 têm mais de 60 anos. Deles, 884 moram na zona urbana e 2428 na zona rural. A expectativa de vida ao nascer é de 79.1 para mulheres e de 71.9 para homens. Em relação à estrutura de saúde, temos duas Unidades Sanitárias e duas equipes de Saúde da Família (ESF), uma creche, três escolas públicas, 5 igrejas. Quanto à escolaridade, temos em torno de 3,5% de pessoas não alfabetizadas.

Um dos principais problemas de saúde que afetam as comunidades são Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Além disso são frequentes as parasitoses intestinais, lombalgia, infecções respiratórias e transtornos mentais. A DM é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, e também é um dos mais importantes fatores de risco para doenças Cardiovasculares, Insuficiência Renal Crônica e Pé Diabético. A DM, atinge o coração, os rins, o cérebro e os vasos sanguíneos. Nosso município e a Unidade de Saúde não estão isentos desta problemática. Os dados atuais informam 131 casos confirmados de DM tipo 1 e 2, de uma população de 3272 habitantes; 92 mulheres e 39 homens.

O projeto de intervenção foi sobre esta doença, uma estratégia educativa com pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na UBS de Esperança do Sul, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes através de atividades educativas, modificação do estilo de vida, desenvolver habilidades no autocuidado, controle da doença e diminuição das complicações. O público alvo vai ser constituído por todos os pacientes com Diabetes mellitus da unidade que cumpram os critérios de inclusão, com idade de 35 a 75 anos, em seguimento ambulatorial na UBS. Esperamos estabelecer estratégias que permitam uma diminuição da morbimortalidade desta população através da adoção de hábitos de vida saudáveis, incentivando técnicas de autocuidado e alcançando uma boa adesão ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico e melhorando assim sua qualidade de vida.

Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional. O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida destes pacientes. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis tais como dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, também apresentam grande impacto na vida deles e seus familiares, o que é difícil de quantificar. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

É muito importante a abordagem multiprofissional no tratamento da DM e na prevenção das complicações crônicas. Sempre que possível, além do Médico, a equipe multiprofissional, tais como: Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico e Agentes Comunitários de Saúde, devem agir em conjunto com as ações de promoção à saúde: ações educativas com ênfase em mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo.

A educação em diabetes também pode ser a interface entre a prática clínica e a pesquisa, já que esta deve incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo, levando em consideração as evidências científicas. Os principais objetivos da educação em diabetes são: reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os

profissionais da saúde, promover a autonomia das pessoas com diabetes quanto aos seus hábitos no trato com a doença, melhorar os resultados clínicos, prevenir ou retardar o aparecimento da diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas, proporcionar qualidade de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Estudos comprovam que a realização de encontros educativos possibilita modificações significativas no estilo de vida, contribuindo, assim, para a promoção da saúde e do bem-estar. Muitas vezes, a difícil adaptação da pessoa com a doença tem como base a falta de motivação, relacionada com o desconhecimento quanto às complicações. Mudanças no estilo de vida são difíceis de serem implementadas, mas muitos hábitos podem ser modificados com a estimulação constante ao longo do acompanhamento interdisciplinar. (SILVA ARV, 2009) (GRILLO MFF, 2007).

Para o alcance desses objetivos, é preciso capacitar e motivar o indivíduo para as escolhas adequadas ante as diversas situações, a fim de que este desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione os problemas mais comuns do dia-a-dia.

## ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Esperança do Sul, RS.

Paciente: C.B.B                      Consulta 29/8/17

Idade: 57 anos. Sexo f

Endereço: Avenida Rio Branco. Esperança do Sul. RS

Trata-se de uma paciente feminina, casada e dona de casa, com antecedentes patológicos pessoais de Diabetes mellitus não insulino dependente, Hipertensão Arterial Sistêmica, Obesidade e Hipercolesterolemia, em tratamento há vários anos com Enalapril 10mg 12\12h, Hidroclorotiazida 25mg ao dia, AAS 100mg ao dia, Metformina 850mg 02 x ao dia, Glibenclamida 05mg 01 x ao dia, Sinvastatina 20mg à noite, que assiste a consulta com queixa de insônia e muita coceira na vagina sem apresentar corrimento. Ao interrogatório refere que apresenta esses sintomas há mais de 15 dias, mas tinha vergonha de mostrar para o médico. Ela não tem relações sexuais há mais de 5 anos pois seu marido é muito velho e doente. O tratamento realizado nas últimas semanas é inadequado porque terminou a Glibenclamida e não teve tempo de procurá-la na farmácia. Às vezes toma 5 gotas de Clonazepam de noite e só assim consegue dormir (que receitou o médico traumatologista, há 15 dias em consulta por contusão no joelho quem também indicou exames laboratoriais). Traz o resultado dos exames para avaliação e solicita renovar receitas de Glibenclamida. Não assiste aos grupos das doenças crônicas no posto de saúde e leva uma vida sedentária. Seu esposo, de 79 anos de idade, também com HAS e gastrite crônica agora se encontra bem, ela cuida muito bem dele e cumpre adequadamente seu tratamento. Mora em uma casa com boas condições e o casal têm duas pensões que satisfazem suas necessidades. Tem dois filhos que moram em outro estado e não visitam eles há 5 meses.

Antecedentes familiares. Mãe (viva) HAS, DMT2, Pai (falecido há 20 anos) HAS, câncer de pulmão. Irmão (1) obeso.

Antecedentes pessoais. HAS, DMT2, Hipercolesterolemia, obesidade.

Menarca aos 11 anos, menopausa aos 53 anos, G2 P2n A0

Exames apresentados: Hemograma. HB 12.2 g/dl, Leucócitos 6,200/mm<sup>3</sup>, plaquetas 303mm<sup>3</sup>, glicose 210 mg/dl, creatinina 1.19 mg/dl, CT 268mg/dl, TG 101mg/dl, TGP e TGO normais, EQU glicosuria x x x, ultra sonido abdominal normal. Exame preventivo negativo de malignidade, células leveduriformes.

Exame físico (dados positivos): PA 130/85 mm hg, FC 78bpm, FR 19, IMC 29,6, exame especular: se nega.

Hipótese diagnóstica: HAS controlada, Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, Hipercolesterolemia, obesidade, candidíase vaginal, transtorno do sono.

Conduta: renovo tratamento de Glibenclamida, manter resto do tratamento igual. Fluconazol (150mg) 01 cp por semana até 4 doses, Nistatina creme vaginal por 14 dias, Indico HGT em jejum, HbA 1C, EQU.

Encaminhamento ao nutricionista. Oriente acerca de fazer caminhadas, controle da dieta, incorporação aos grupos de doenças crônicas no posto, a importância de fazer atividades sociais, higiene pessoal adequada, adesão ao tratamento. Retorno com resultados dos exames.

Consulta dia 6/9/17

Paciente que comparece a consulta com os resultados dos exames. Refere que se sente melhor, agora não tem coceira na vagina e está fazendo o tratamento indicado. Ao interrogatório ainda não cumpre com uma dieta adequada e não fez caminhada esta semana porque recebeu a visita de seus filhos e ficou com eles em casa, está dormindo melhor e já não está precisando de tomar o clonazepam. Tem marcada a consulta com a nutricionista segunda feira.

Hoje PA 130/80 mm hg, FC 84bpm, FR 20, IMC 29,6

Exames. HGT em jejum 135 mg/dl, HbA 1C 8% (elevada), EQU normal.

Fazer HGT e HbA 1C em jejum próxima semana, A glicose em jejum melhorou logo de começar novamente o tratamento além de ter a Hb glicosilada em 8%. Oriente novamente acerca da dieta adequada e prática de exercícios, câmbios de métodos e estilos de vida, se realizará uma visita domiciliar em 15 dias com

o objetivo de avaliar a situação biopsicosocial e fazer atividades educativas de promoção e prevenção de saúde para lograr mudanças nos métodos e estilos de vida e melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, assim como delimitar as responsabilidades de cada membro da família com a saúde individual e coletiva.

Avaliar o caso na reunião da equipe e planejar o acompanhamento segundo a evolução do paciente e fazendo câmbios no tratamento farmacológico se precisarem. Avaliação imediata pela nutricionista e logo pelas especialidades específica para essa doença.

### 3. ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

A conferência internacional sobre promoção da saúde em Ottawa e Alma-ata, OMS, Genebra 1986, reconhece que a realização do grau máximo de saúde que pode ser alcançado é um recurso valioso para o gozo da vida e é necessário para o desenvolvimento social e econômico e a equidade, considerando que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever primordial. Reconhecem que é urgente abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde e realizar ações para colocar a promoção da saúde como uma prioridade fundamental nas políticas e programas de saúde locais, regionais, nacionais e internacionais. (CARTA ALMA-ATA Y OTTAWA, 1986)

“A promoção da saúde reside na participação efetiva e concreta da comunidade na definição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e implementação de estratégias de planejamento para alcançar um melhor nível de saúde. A força motriz desse processo vem do poder real das comunidades, da posse e controle que eles têm sobre seus próprios esforços e destinos.”. (OTTAWA,1986).

A conferência reitera firmemente que “...a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, é um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto grau possível de saúde é um objetivo social extremamente importante em todo o mundo, cuja implementação requer a intervenção de muitos setores sociais e econômicos, além da saúde”. (CARTA ALMA-ATA Y OTTAWA, 1986).

“A Promoção da Saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais). Parte de um “paradigma salutogênico”, ou seja, valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde levando a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial”. (PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL, 2016)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são, atualmente, as principais causas de mortalidade no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), são responsáveis por 58,5% de todas as

mortes e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública para todos os países do mundo (BRASIL, 2011).

Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), é uma patologia muito frequente na terceira idade, geralmente como resultado de hábitos e estilos de vida inadequados, a herança e a presença de fatores de risco que favorecem seu desenvolvimento. O DMT2 consiste em uma desordem metabólica primária, que tem como características a hiperglicemia crônica, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta exercer adequadamente seus efeitos e as complicações micro e macro vascular que aumentam substancialmente a morbidade e a mortalidade associadas à doença e reduz a qualidade de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Tanto em nosso projeto de intervenção quanto no portfólio o tema desenvolvido é o DM que se apresenta como a sexta causa mais frequente de internação hospitalar no Brasil e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Colecistopatias, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que as hospitalizações ocorrem pelas complicações agudas, advindas do controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores), o que enfatiza a necessidade de um acompanhamento para o controle adequado dos níveis glicêmicos e pressóricos e prevenção das complicações e/ou sequelas (SILVA, 2010).

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção destas doenças. Alimentação inadequada, excesso de peso, pouca prática de atividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool, cumprimento inadequado do tratamento médico são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. A principal relevância da identificação e controle da DM se baseia na redução das suas complicações. É muito importante a abordagem multiprofissional no tratamento da DM e na prevenção das complicações crônicas. Sempre que possível, além do Médico, a equipe multiprofissional, tais como: Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico e Agentes Comunitários de

Saúde, devem agir em conjunto com as ações de promoção à saúde: ações educativas com ênfase em mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo.

A educação em diabetes também pode ser a interface entre a prática clínica e a pesquisa, já que esta deve incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo, levando em consideração as evidências científicas. Os principais objetivos da educação em diabetes são: reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os profissionais da saúde, promover a autonomia das pessoas com diabetes quanto aos seus hábitos no trato com a doença, melhorar os resultados clínicos, prevenir ou retardar o aparecimento da diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas, proporcionar qualidade de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Na apresentação do caso clínico do portfólio, discutimos o caso de uma paciente Diabética tipo 2, com Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, hipercolesterolemia. Também apresentou distúrbios do sono pelo qual realizou tratamento com clonazepam (2,5 mg / ml) 5 gotas por noite. Ela não frequenta grupos de doenças crônicas porque não pode deixar seu marido e mãe sozinho e leva uma vida sedentária. O paciente conseguiu controlar suas afecções, conseguindo uma melhor adesão ao tratamento e com o tratamento específico indicado. Depois de discutir o caso na reunião da equipe, uma visita domiciliar foi feita junto com a Técnica de Enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde. Naquela visita, achamos a paciente ansiosa, ela disse que estava muito angustiada porque não consegue dormir bem há uma semana. Seu irmão, que sofria de uma obesidade mórbida, sofreu um infarto agudo do miocárdio e morreu, agora sua mãe começou a viver com ela e seu esposo. Desde então, a mãe está muito deprimida, não dorme e se recusa a comer bem. Na casa, os três são diabéticos e hipertensos.

As atividades de promoção e prevenção da saúde visam modificar estilos e métodos de vida, estimulando a prática de exercícios físicos, controle de alimentação e sobrepeso através de uma dieta equilibrada rica em frutas, vegetais, fibras, realizar de 5 a 6 refeições diárias, evitar o consumo de alimentos

ricos em açúcar e carboidratos complexos, diminuir o consumo de alimentos ricos em sal e gorduras, realização de exames de prevenção de câncer de mama, uso de calçado apropriado, cuidado das unhas, importância de assistir a consulta de estomatologia. Importância do tratamento e seu cumprimento para o controle da doença. Estimular a satisfação e incentivar a participação responsável no cuidado de sua saúde. O estado de depressão de ambas, causado pela morte do filho / irmão, é preocupante. Solicitamos a ajuda de nossa psicóloga, o aconselhamento de suporte emocional foi dado e indicamos um tratamento antidepressivo por duas semanas para reavaliar novamente.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS): cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de uma doença mental; 1 em cada 4 pessoas irá desenvolver uma perturbação mental ao longo da sua vida; a nível global, 5 das 10 causas principais de incapacidade e morte prematura são doenças psiquiátricas. Estima-se que em 2030 uma doença mental, a Depressão, irá ser a principal causa de incapacidade e morte prematura, acima de outras patologias como as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, a diabetes, as doenças infecciosas, etc. (PROMOÇÃO-DA-SAÚDE-MENTAL, 2016).

Uma vez identificados os sintomas de depressão em nossos pacientes, o próximo passo é agir para restabelecer o estado de saúde mental, envolver a família no processo de recuperação juntamente a equipe de saúde e o NASF. Oferecer orientações acerca da doença e o manejo correto do paciente. Discutir em reunião de equipe os casos e determinar a conduta a ser tomada e com que frequência terão acompanhamento e se é preciso fazer encaminhamento para avaliação psiquiátrica ou neurológica segundo a causa. Além disso é importante manter atualizada a caderneta de vacinação e a atenção estomatológica.

Uma medida importante é incentivar a pessoa a frequentar lugares prazerosos, visitar amigos, incentivar a inserção social realizando atividades que promovam o bem estar pessoal e ao próximo e não esquecer do lazer. Fazer com que o idoso perceba que ainda pode ser feliz, brindando muito amor e dedicando tempo a compartilhar com eles, colaborando para que encontrem a

felicidade dentro de si, com suas próprias realizações. A inserção dos pacientes, familiares e cuidadores nos grupos de saúde mental é de fundamental importância, pois os resultados serão imediatos e resolutivos. Todas essas atitudes uma vez alcançadas, e junto aos cuidados da família, membros da equipe e o tratamento para depressão farão com que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida.

As gestantes e as crianças são grupos prioritários dentro do sistema de saúde. A atenção primária é de cunho fundamental para a prevenção e manutenção da saúde. Nossa equipe planeja e executa as atividades encaminhadas a este público alvo. Neste processo estão envolvidas as equipes multidisciplinar da atenção básica, contando com o apoio das outras áreas como Conselho Tutelar, Educação, Assistência Social e algumas Entidades afins. É por isso que considero importante abordar este tema também neste trabalho de promoção e prevenção da saúde.

Durante nosso trabalho diário reforçamos a realização das atividades de promoção e prevenção a saúde. Os grupos de gestantes e crianças são cenários fundamentais para o desenvolvimento dessas atividades, também em cada contato com os pacientes, consultas, visitas domiciliares, salas de espera, através da difusão em rádio, nas escolas, centros de trabalho, etc. Dentre as orientações aos pacientes como promoção e prevenção de saúde, dirigidas fundamentalmente às mães e as crianças, desde a etapa pré-natal até a puberdade são:

Garantir que a mulher chegue à gravidez em condições de saúde adequadas após o planejamento familiar eficiente, alcançando um bem-estar físico e psicológico tanto para a mulher saudável quanto a portadora de doenças crônicas. Garantir cuidados pré-natais precoce e completo, realizar todos os estudos necessários, imunização atualizada, alimentação adequada, orientação nas consultas de puericultura pré-natais tais como: educar a futura mãe e família em relação ao desenvolvimento psicomotor da criança; importância e técnicas da amamentação; estimulação precoce; prevenção da morte súbita; acidentes e violência; integrar a mãe aos grupos para receber a preparação necessária;

saúde bucal; ablação; uso de suplementos de ferro e suplementos vitamínicos, etc.

Para os adolescentes são realizadas atividades nas escolas tais como palestras, distribuição de folders e cartilhas, apresentação de banners, slides, com temas de alta relevância sócio educativas, planejamento familiar, prevenção das DST e HIV, a vacinação, prevenção ao uso de drogas, de acidentes, prevenção da violência intra e extra domiciliar, incentivo a pratica de esportes saudável.

#### 4. ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.

A visita domiciliar é um método de atenção que nos aproxima dos nossos pacientes. Dentro dos cuidados de saúde primários é o espaço ideal para alcançar mudanças favoráveis nos estilos de vida deles, conseguindo a interação com a família e modificar o ambiente em que convivem, bem como sua intervenção na conservação do estado de saúde de cada um de seus membros. A família tem um papel fundamental no controle do tratamento, no cumprimento das diretrizes médicas, na melhoria das relações interpessoais, educação e desenvolvimento bem como, cuidados de higiene.

Segundo De-Oliveira, 2004, “a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos”.

A visita domiciliar nos permite realizar um conjunto de ações de forma sistemática para facilitar a atenção de pessoas com alterações no estado de saúde, seja de natureza física ou emocional, como também para desenvolver atividades relacionadas aos diferentes programas de saúde, criando um forte vínculo entre a equipe de saúde e as famílias, aprofundando o conhecimento sobre a real situação de seus membros e oferecendo atividades de promoção e prevenção visando amenizar o problema existente, tanto individual como coletivo, envolvendo assim o paciente e a família no planejamento e execução dos cuidados necessários em cada caso. (BRASIL, 2003)

Durante a avaliação na visita domiciliar, a Equipe de Saúde da Família (ESF) pode solicitar a intervenção da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se for necessário. É responsabilidade da ESF os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação encontrada no domicílio assim como pela articulação da referência e da contra referência. (BRASIL, 2006).

Segundo Albuquerque, 2009 “Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar”.

A visita domiciliar nos permite descobrir o modo de vida de nossos pacientes, o ambiente em que vivem, suas relações interpessoais, seus problemas sociais e emocionais, determinam os fatores de risco individuais e familiares, estimulam e controlam a adesão ao tratamento medicamentoso ou não, incentivando práticas de autocuidado, aumentando o vínculo entre profissional e paciente. No caso de pacientes acamados, nos permite realizar consultas em casa, evitando complicações e agravamentos e facilitando a independência e autonomia do indivíduo e da família. Isso facilita a conduta médica assim como visar a realidade existente no ambiente familiar e englobar todos os problemas em seu contexto somático e psicossocial, através de um tratamento adequado e a adoção de medidas preventivas mediante atividades promocionais e de prevenção à saúde. (CUNHA e GAMA, 2012).

Em nossa unidade de saúde, as práticas de visitas domiciliares ainda são priorizadas de acordo com as demandas de familiares ou pacientes em si e por solicitações de agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Ainda estamos trabalhando para modificar a abordagem curativa das visitas domiciliares para uma abordagem preventiva. Esta questão é discutida com frequência nas reuniões de nossa equipe e com o secretário da saúde. As visitas são realizadas nas quartas-feiras de manhã, por médico, enfermeira e agente comunitário. Quando necessário, de acordo com a situação do paciente, participam também a fisioterapeuta, a psicóloga, a assistente social ou a nutricionista, oferecendo apoio matricial. Sempre são feitas de quatro a cinco visitas na semana, segundo a programação. Nossa equipe tem cadastro dos pacientes com doenças crônicas, grávidas, crianças, puérperas, acamados, pacientes com outra afecção que impedem eles de se deslocar para o Posto de Saúde. Além de um exame físico exaustivo, se houver necessidade, é feito curativos, troca de sondas vesicais, de receitas, etc.

As visitas domiciliares são organizadas na reunião de equipe da semana anterior a sua realização. Os objetivos da visita são analisados e após, revisamos os dados do paciente e familiares no prontuário médico e os materiais e medicamentos necessários são garantidos para atender o caso.

Nossa área abrange comunidades urbanas e rurais. A área rural está localizada na margem do rio Uruguai, na fronteira com a Argentina, sendo que a

maioria é de baixo nível cultural e econômico bem como, condições de vida muito precárias. Os riscos das doenças infecciosas aumentam nessa área e o pouco conhecimento das medidas preventivas muitas vezes favorecem sua ocorrência. Os acidentes também são muito frequentes, bem como intoxicações com substâncias químicas utilizadas na agricultura, mordidas de animais (aranhas, cobras, carrapatos, escorpião, entre outros), mas a maior incidência é das doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão, Diabetes, Obesidade, entre outras. Nossas atividades de promoção e prevenção em saúde no cenário das visitas domiciliares são encaminhadas no sentido de melhorar a situação dessas afecções, sua prevenção e diminuição das complicações.

Durante as visitas domiciliares, o primeiro objetivo é avaliar de forma abrangente o paciente e sua família, determinar suas necessidades e oferecer a assistência necessária. Nós registramos o caso no prontuário e o genograma familiar é feito. Os planos de cuidados são desenvolvidos em conjunto com a nossa equipe e, na sua realização, envolve a família, tendo em conta o contexto socioeconômico e cultural em que são desenvolvidos, avaliando a dinâmica familiar, seus conflitos, ciclo de vida, situação de saúde que direta ou indiretamente infligem o processo de saúde-doença de cada um de seus membros, envolvendo-os na solução destes.

Nossa população é basicamente idosa e as doenças crônicas predominam entre os principais problemas de saúde que enfrentamos em nossa área de trabalho. Diabetes mellitus é o tópico que nos ocupa no nosso projeto de intervenção e nosso estudo facilitou uma abordagem para esses pacientes, não apenas nas consultas, mas também em um cenário tão importante quanto a visita em casa. A incidência desta doença aumenta com a presença de fatores de risco tais como: obesidade, vida sedentária, tabagismo, história familiar de diabetes, estresse e idade associados aos fatores de risco acima mencionados.

As ações de promoção e prevenção oferecem ferramentas aos nossos pacientes para melhorar a saúde em geral e prevenir o aparecimento desta doença e suas complicações. As medidas destinadas a modificar o estilo de vida e os fatores de risco mencionados, serão efetivas ao longo do tempo para conseguir uma diminuição da prevalência desta doença e evitar os danos prolongados, disfunção e falha de vários órgãos, especialmente olhos, rins,

sistema nervoso, coração e vasos sanguíneos, por quanto avaliar o médio de desenvolvimento do paciente e involucrar a família no seu cuidado favorece uma melhor evolução do quadro. As medidas a orientar são muitas, dentre elas estão uma alimentação saudável, habilidades para a vida, autocuidado e autocontrole, atividade física, controle de estresse, prevenção da depressão, prevenção do tabagismo, prevenção do consumo de álcool e outros medicamentos, prevenção da violência, cuidados da pele, dos pés, adesão ao tratamento, controle da glicose em jejum, atenção estomatológica, extremar cuidados de higiene para evitar infecções.

O cenário das visitas domiciliares são de extrema importância já que permite ao profissional e a família, mudar os fatores de risco que afetam direta ou indiretamente os nossos pacientes, fazer uma avaliação integral do contexto no qual se desenvolvem as características individuais e coletivas que podem afetar o processo saúde-doença bem como, as condições ambientais que os rodeiam.

## 5. ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA.

O ensino a distância, é uma experiência nova para mim. Durante as atividades realizadas através deste curso à distância, fomos capazes de desenvolver habilidades que nos permitem desempenhar melhor as nossas funções nos cuidados de saúde na atenção básica, conseguindo um melhor trabalho em equipe. O processo de aprendizagem, tanto teórico quanto prático, elevou meu desenvolvimento profissional, aperfeiçoando minhas habilidades.

Conhecer as políticas de saúde do Brasil, bem como suas leis, evolução e desenvolvimento para alcançar uma maior organização e inter-relação entre os diferentes níveis de atenção, foi ótimo, dando prioridade aos princípios doutrinários de equidade, universalidade, hierarquização, integralidade, participação popular e descentralização da política administrativa. O papel principal dos Conselhos Municipais de Saúde na solução de problemas, principalmente no atendimento de mulheres, crianças, idosos, grávidas, adolescentes, etc., bem como a sua interação com as equipes de saúde da família e da NASF, foi essencial para resolver conjuntamente parte dos problemas encontrados no nosso dia a dia.

Os cuidados de saúde básicos, que constituem a porta de entrada dos pacientes para o sistema de saúde, fornecem um atendimento abrangente e contínuo, onde a estratégia de saúde familiar (ESF), em seu papel coordenador e de articulação com as redes de cuidados e suporte e assumindo a responsabilidade com a referência e contra referência, garante o acompanhamento contínuo de cada caso. O uso adequado do registro eletrônico foi um dos conhecimentos que este curso me deu, permitindo a interação com outros profissionais, bem como o uso da agenda compartilhada, conseguindo um melhor planejamento das ações de saúde que permitiram melhorar os indicadores durante este período tendo em conta o conhecimento dos determinantes da saúde em nossa área e a aplicação do método baseado em evidências, para oferecer cuidados de qualidade, bem como a aplicação de planos terapêuticos singulares para solução de problemas.

Um exemplo de logros alcançados nesta fase é a implementação da classificação de avaliação de risco. Quando comecei a trabalhar na nossa UBS, um dos problemas enfrentados frequentemente foram as dificuldades pela não priorização do atendimento de acordo com a gravidade do paciente e sim, na ordem de chegada causando isso uma atenção tardia em pacientes com afeções que requeriam de atenção priorizada tais como hipertensão arterial descontrolada (níveis muito elevados de pressão arterial) , dor aguda ou febre, que aguardavam a consulta na sala de espera de acordo com a ordem de chegada, causando eventuais complicações em alguns casos e falta de alívio oportuno para o paciente. Uma vez que o processo de trabalho na APS foi estudado, este tópico foi discutido na reunião da equipe, aprofundando na importância de garantir uma avaliação com equidade e a adoção de uma avaliação de risco e estratificação, identificando e priorizando as urgências reais. Isso nos permitiu fornecer atendimento oportuno e de qualidade aos nossos pacientes e melhorar o fluxo através de um melhor acolhimento. Além disso possibilitou uma reorganização dos serviços de saúde com mudanças estruturais no processo de gestão e mudanças na lógica do cuidado, possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional, responsável por ouvir e resolver os problemas de nossos pacientes e familiares. O acolhimento não é triagem porque não tem o objetivo de excluir e sim de organizar o fluxo e atender com maior agilidade quem apresenta maior risco, ou seja, requer oferecer um atendimento com resolutividade e responsabilização além de orientar ao paciente e sua família em relação a outros serviços de saúde garantindo assim a continuidade de assistência e a articulação com esses serviços. (BRASIL, 2010)

Depois de estudar e conhecer as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006), foi possível dirigir nosso trabalho de acordo com as necessidades de nossa população e as realidades encontradas; e a discussão dos problemas no âmbito das reuniões da equipe possibilitou definir soluções conjuntas e, com base nisso, realizar atividades de promoção da saúde e garantir o melhor acompanhamento de nossos pacientes, oferecendo cuidados domiciliares para aqueles que precisam.

Quando eu comecei meu trabalho na UBS de Esperança do Sul, o índice de pacientes com doenças crônicas era muito alto, bem como a ocorrência de complicações, principalmente em pacientes com Diabetes Mellitus. Depois de consultar e avaliar os registros médicos dos pacientes e realizar visitas domiciliares junto com a equipe, percebemos a pouca adesão ao tratamento, bem como a presença de vários fatores de risco, tanto individuais, familiares quanto ambientais, mas aplicando o que foi aprendido durante esta fase de estudo e trabalhando como uma equipe conseguimos bons resultados, uma vez que adotamos medidas e ações para modificá-los. Ainda há muito a fazer, mas estamos na direção certa. Nosso projeto de intervenção tem como objetivo alcançar mudanças nesses pacientes e assim controlar a doença e os fatores que podem agravá-la, além de melhorar sua qualidade de vida.

O curso de especialização causou mudanças positivas, na minha atuação como profissional, elevando minha competência antes das situações ou eventos que enfrentamos todos os dias. A ampliação do conhecimento referente ao funcionamento do SUS, permitiu organizar de forma mais qualificada o nosso trabalho, e a possibilidade de participar deste curso on-line e de interagir com nossos colegas e tutores nos permitiu trocar experiências, o que melhorou os nossos resultados.

## Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE ABB; BOSI MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study, Diabetes Care. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARTA "ALMA-ATA Y OTTAWA" 1986. Disponível em <https://prezi.com/--yqfeyc3ma3/carta-alma-ata-y-ottawa/>. Revisado 12/12/2017.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, OMS, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ginebra, noviembre 21, 1986. Disponível em <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>. Revisado 12/12/2017.

CUNHA, C.L.F; GAMA, M.E.A. A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde. Publicado In Malagutti, W(organizador). Assistência Domiciliar – atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

DE-OLIVEIRA R, SAMPAIO YP, BORBA PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004.

GRILLO MFF, GORINI MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2. Rev Bras Enferm. 2007.

PROMOÇÃO-DA-SAÚDE- MENTAL- E- PREVENÇÃO- DAS- DOENÇAS- MENTAIS//2016/10/21. Disponível em <https://reflexoesdeumpsiqiatra.com>. Revisado 19/11/2017.

SILVA, L. M. C, et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Revisado 19/11/ 2017.

SILVA ARV; et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. Rev Rene. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes. AC Farmacêutica, São Paulo, n. 2015, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento da Diabete Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006.

Anexo 1. Projeto de intervenção.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS



CLARA DORKIS TEJEDA RUIZ

ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 NA UBS DE ESPERANÇA DO SUL

PORTO ALEGRE  
2017

## RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial, é definida como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos e atualmente se considera como um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de intervenção educativa com pacientes portadores de DM tipo 2 na área de abrangência da UBS de Esperança do Sul/RS, durante 16 semanas, no período de Julho a Dezembro de 2017, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes através de atividades educativas, modificação do estilo de vida, desenvolver habilidades no autocuidado, controle da doença e diminuição das complicações. O público alvo vai ser constituído por todos os pacientes com Diabetes mellitus da unidade que cumpram os critérios de inclusão, com idade de 35 a 75 anos, em seguimento ambulatorial na UBS. Esperamos estabelecer estratégias que permitam uma diminuição da morbimortalidade desta população através da adoção de hábitos de vida saudáveis, incentivando técnicas de autocuidado e alcançando uma boa adesão ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico e melhorando assim sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atividades Educativas. Promoção da Saúde. Qualidade de vida.

## **SUMÁRIO**

1. Introdução .....	<b>28</b>
2. Objetivos .....	<b>30</b>
2.1 Geral .....	<b>30</b>
2.2 Específicos .....	<b>30</b>
3. Revisão da literatura .....	<b>31</b>
4. Metodologia .....	<b>35</b>
5. Cronograma .....	<b>38</b>
6. Recursos necessários .....	<b>38</b>
7. Resultados esperados .....	<b>39</b>
8. Referências .....	<b>40</b>

## **ANEXOS**

## 1. INTRODUÇÃO

Nosso município, Esperança do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à Microrregião Três Passos e a Mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. Tem uma altitude da Sede de 387m, encontra-se a 401.256 km de distância da Capital em Linha Reta e sua área é de 148,38 km<sup>2</sup>, representando 0.0552% do Estado, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD. Tem uma população de 3.272 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Quanto aos habitantes; 1650 são homens e 1622 são mulheres, 167 tem menos de cinco anos e 711 têm mais de 60 anos. Deles, 884 moram na zona urbana e 2428 na zona rural. A expectativa de vida ao nascer é de 79.1 para mulheres e de 71.9 para homens. Em relação à estrutura de saúde, temos duas Unidades Sanitárias e duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Quanto à escolaridade, temos em torno de 3,5% de pessoas não alfabetizadas.

Após fazer uma análise com a Equipe de Saúde da Unidade Básica, um dos principais problemas de saúde que afetam as comunidades são Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Esta doença (DM) é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, e também é um dos mais importantes fatores de risco para doenças Cardiovasculares, Insuficiência Renal Crônica e Pé Diabético. A DM, atinge o coração, os rins, o cérebro e os vasos sanguíneos. Nosso município e a Unidade de Saúde não estão isentos desta problemática. Os dados atuais informam 131 casos confirmados de DM tipo 1 e 2, de uma população de 3272 habitantes; 92 mulheres e 39 homens.

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção destas doenças. Alimentação inadequada, excesso de peso, pouca prática de atividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool, cumprimento inadequado do tratamento médico são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. A principal relevância da identificação e controle da DM se baseia na redução das suas complicações. É muito importante a abordagem multiprofissional no tratamento da DM e na prevenção das complicações crônicas. Sempre que possível, além do Médico, a equipe multiprofissional, tais como: Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo,

Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico e Agentes Comunitários de Saúde, devem agir em conjunto com as ações de promoção à saúde: ações educativas com ênfase em mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo.

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p.ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A educação em diabetes também pode ser a interface entre a prática clínica e a pesquisa, já que esta deve incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo, levando em consideração as evidências científicas. Os principais objetivos da educação em diabetes são: reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os profissionais da saúde, promover a autonomia das pessoas com diabetes quanto aos seus hábitos no trato com a doença, melhorar os resultados clínicos, prevenir ou retardar o aparecimento da diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas, proporcionar qualidade de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Para o alcance desses objetivos, é preciso capacitar e motivar o indivíduo para as escolhas adequadas ante as diversas situações, a fim de que este desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione os problemas mais comuns do dia-a-dia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Propor um projeto de intervenção que possibilite a educação e prevenção dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 na UBS de Esperança do Sul, no período compreendido de Julho a Dezembro de 2017.

### **2.2 Específicos**

- Realizar atividades de educação em saúde sobre a doença aos pacientes diabéticos.
- Estimular mudanças efetivas no modo e estilo de vida.
- Promover palestras e consultas educativas para pacientes e familiares, focadas em desenvolver habilidades no autocuidado, controle da doença e diminuição das complicações.
- Avaliar a efetividade da estratégia proposta.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde (MS), através do Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes mellitus (DM), “a doença é definida como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.” (BRASIL, 2006).

Os primeiros relatos de casos de DM têm mais de dois mil anos. Inicialmente, as descrições eram baseadas nos aspectos clínicos mais evidentes, tais como o aumento do volume de urina nos diabéticos descompensados, até que em 1776 Mathew Dobson, de Manchester, na Inglaterra, relatou a excreção de açúcar na urina dos diabéticos. Várias investigações foram conduzidas ao longo dos anos, e depois de 1920, no Canadá, o cirurgião F. Banting, o estudante de medicina C. Best, o químico J. B. Collip e o fisiologista J.J.R. Mc. Leod purificaram pela primeira vez a insulina, que foi extraída do pâncreas de animais, e aplicaram em um paciente com diabetes (NÚCLEO EDUCACIONAL CIENTÍFICA, 2017).

O DM é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil possui 13,4 milhões de portadores de diabetes entre os 20 e os 79 anos de idade. Isso faz do país o quarto do mundo com maior prevalência da doença. Os dados fazem parte da mais recente edição do Atlas da entidade, divulgado no final de 2012. Ainda segundo o Atlas da Federação Internacional de Diabetes, no mundo todo são quase 400 milhões de pessoas com a doença na mesma faixa etária e a tendência é de crescimento. Infelizmente, segundo os dados divulgados, 50% dessas pessoas desconhecem tal condição, o que inviabiliza o tratamento precoce. A Diabete Mellitus (DM) pode causar incapacidades funcionais e aposentadorias precoces, representa significativa perda econômica para o país. No Brasil, grande número de pessoas é acometido por esta doença, e a previsão é que este número aumente para 19,6 milhões de pessoas até 2030. Dentre os

tipos de DM o tipo 2 (DMT2) compreende 90% dos agravos presentes no mundo e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo (DIABETES, 2014; SCHMIDT MI, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são, atualmente, as principais causas de mortalidade no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública para todos os países do mundo (BRASIL, 2011).

O DMT2 consiste em uma desordem metabólica primária, que tem como características a hiperglicemia crônica, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta exercer adequadamente seus efeitos e as complicações micro e macro vascular que aumentam substancialmente a morbidade e a mortalidade associadas à doença e reduz a qualidade de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Ao considerarmos a evolução em longo prazo, esta doença pode causar diversas consequências, que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, além de ser um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004). O DMT2 pode ser considerado, portanto, uma das doenças crônicas de maior impacto para o sistema de saúde pública, devido a seu elevado grau de morbimortalidade e dos altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações (OLIVEIRA DS, 2007). Devido ao aumento da expectativa de vida e modos e estilos de vida inadequados, associados à inatividade física, obesidade, má alimentação, os números crescem significativamente relacionada com a DM.

Estudos comprovam que a realização de encontros educativos possibilita modificações significativas no estilo de vida, contribuindo, assim, para a promoção da saúde e do bem-estar. Muitas vezes, a difícil adaptação da pessoa com a doença tem como base a falta de motivação, relacionada com o desconhecimento quanto às complicações. Mudanças no estilo de vida são difíceis de serem implementadas, mas muitos hábitos podem ser modificados com a estimulação constante ao longo do acompanhamento interdisciplinar (SILVA, 2009) (GRILLO, 2007).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (IBGE, 2013). Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 33,7 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com acentuado aumento com o progredir da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 448 vezes (BRASIL, 2011).

O DM se apresenta como a sexta causa mais frequente de internação hospitalar no Brasil e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Colecistopatias, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que as hospitalizações ocorrem pelas descompensações agudas, advindas do controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores), o que enfatiza a necessidade de um acompanhamento para o controle adequado dos níveis glicêmicos e pressóricos e prevenção das complicações e/ou sequelas (SILVA, 2010).

Diante das crescentes estatísticas e dos malefícios do DM e progressivo aumento dessa doença crônica no Brasil e no Mundo, torna-se necessário uma revisão das práticas dos serviços de saúde pública, de forma a implantar e promover ações que incluam estratégias de redução de risco e controle desse sério e alarmante problema de saúde pública com o objetivo de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado e também incentivar ao autocuidado e educação da família e do paciente (McLELLAN, 2007).

Sendo assim, esse projeto de intervenção se justifica pela prevalência de Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Esperança do Sul, pelo pouco conhecimento da população afetada sobre a doença e estar dentro das principais

causas de hospitalização devido a complicações relacionadas a esta doença, acarretando altos custos para os sistemas de saúde e também causar diminuição da qualidade de vida desse grupo populacional.

#### 4. METODOLOGIA

Para cumprir com os objetivos propostos se realizará um estudo descritivo, observacional, de intervenção educativa com pacientes portadores de DM tipo 2 na área de abrangência da UBS do Esperança do Sul, RS, durante 16 semanas, que vai ter como finalidade a modificação no estilo de vida destes pacientes através da educação nutricional, prática de exercícios físicos, também promover o desenvolvimento das habilidades no autocuidado, controle da doença e diminuição das complicações. O público alvo vai ser constituído por todos os pacientes com Diabetes mellitus da unidade que cumpram os critérios de inclusão, idade entre 35 e 75 anos, de ambos os sexos, em seguimento ambulatorial na UBS. Os sujeitos serão selecionados por meio de registros em prontuários, no período de junho a julho de 2017. Participarão deste trabalho uma equipe multiprofissional constituída por: 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Auxiliar de Enfermagem, 01 Psicóloga, 01 Fisioterapeuta, 01 Nutricionista, 01 Educadora física e 01 Agente Comunitário de Saúde.

Os critérios de inclusão:

1. Ter diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, confirmado pela equipe de saúde;
2. Idade compreendida entre 35 e 75 anos;
3. Grau de escolaridade: ter no mínimo três anos de escolaridade, critério necessário para a utilização dos instrumentos selecionados para a coleta de dados;
4. Não ter incapacidade de complicações crônicas como cegueira, amputação de membros, insuficiência renal, transtornos mentais, demência senil, entre outras.

Critérios de exclusão:

Os pacientes com Diabetes mellitus tipo I, e aqueles que não cumpram com os critérios de inclusão descritos.

Para o desenvolvido do projeto, dividiremos nas seguintes fases:

### **Primeiro momento: recolhida dos dados.**

Uma vez registrados os pacientes que cumprem com os critérios de inclusão, faremos uma consulta para termos o nível de conhecimento inicial. Para tal atividade utilizaremos informações da ficha A, exames complementares, como controles glicêmicos, lipidograma, hemoglobina glicada, perfil renal e hemograma completo. Também serão recolhidos dados estatísticos proveniente do relatório do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica de Saúde), sobre os dados antropométricos: peso, altura, circunferência abdominal, fatores de risco e medicação em uso, determinação dos fatores de risco como idade, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, antecedentes patológicos pessoais de Hipertensão Arterial Sistêmica, hiperlipidemia e obesidade. Esta atividade será feita pela equipe de saúde.

Para avaliação do conhecimento será aplicado o questionário **(anexo)**. Serão realizadas consultas de acompanhamento com Psicóloga, Nutricionista e Fisioterapeuta. Os resultados serão analisados e processados/socializados por todos os participantes da equipe. Posteriormente, os dados coletados serão agrupados, ordenados, tabulados e analisados estatisticamente para a caracterização, utilizando o Software Excel. O questionário nos ajudará a compreender o nível de informações que têm os pacientes sobre sua doença. Esses dados nos ajudarão a conhecer também os fatores de riscos mais frequentes em nossos pacientes Diabéticos e definir os temas que nortearão o desenvolvimento das atividades pertinentes.

### **Segundo momento: desenho da estratégia de intervenção educativa.**

Nesta fase, nós vamos realizar atividades de educação em grupo para os pacientes que participarão do estudo, com duas horas de duração cada encontro. Estas atividades de grupo serão focadas na prevenção e promoção de saúde, levando em conta os conhecimentos mostrados pelos pacientes sobre o DM e os fatores de riscos identificados na consulta e pelo questionário aplicado, visando aumentar e estimular melhoras no autocuidado. O processo será conduzido junto à Enfermagem, Nutricionista, Educadora Física, Fisioterapeuta, Psicóloga e Agente de Saúde. Em cada encontro, um ou mais profissionais de saúde apresentará um tema, com o uso de dinâmicas interativas fundamentadas

em jogos educativos, baseados nos conhecimentos teóricos e práticos da doença.

Os modos de condução selecionados para as atividades educativas serão a palestra-discussão. Serão ministradas palestras com temas de interesse tais como: prevenção das complicações agudas e crônicas; Importância da dieta e da prática de atividades físicas e cuidados com os pés, mudanças de modos e estilos de vida para tornarmos saudáveis, o cumprimento do tratamento adequado, etc.

Os profissionais serão orientados quanto a usar uma linguagem compreensível e simples para que os pacientes recebam as informações com clareza. Utilizaremos também materiais didáticos como folhetos, cartazes, slides, transparência, entre outros, a fim de que os pacientes tenham uma participação ativa e interativa no processo educativo.

### **Terceiro momento: avaliação.**

Os pacientes serão avaliados em consultas pelo médico e equipe de trabalho, em conjunto com a nutricionista, psicologista e fisioterapeuta fazendo uma avaliação do Índice de Massa corporal (IMC), exames complementares, como controles glicêmicos, lipidograma, hemoglobina glicada, perfil renal e hemograma completo. Além disso, será feita uma avaliação das variáveis de interesse como o conhecimento sobre DM, adesão à dieta e atividades físicas, qualidade de vida e quanto os aspectos físicos e mentais. Para isso também aplicaremos novamente o questionário inicial.

Os resultados serão agrupados, ordenados, tabulados e analisados estatisticamente para a caracterização, utilizando o Software Excel. No final, vamos fazer uma comparação entre os dados obtidos inicialmente e os dados finais, resultado do trabalho de acompanhamento durante o processo, para determinar o impacto das atividades realizadas sobre os fatores de risco presentes em nossos pacientes, avaliando a incorporação do conhecimento sobre a sua doença, a adesão adequada ao tratamento farmacológico e o não farmacológico, avaliando assim a eficácia da estratégia proposta.

### **Quarto momento: redação do informe e divulgação dos resultados.**

## 5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	x	X				
Segundo momento		X	x	x	x	
Terceiro momento						x
Quarto momento						x

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS:

### RECURSOS HUMANOS

- 01 Médico;
- 01 Enfermagem;
- 01 Agente de Saúde;
- 01 Psicóloga;
- 01 Nutricionista;
- 01 Fisioterapeuta;
- 01 Educadora Física;

### RECURSOS MATERIAIS

- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;
- Esfigmomanômetro + estetoscópio;
- Balança e fita métrica;
- Glicômetro completo;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Computadores, Impressora e data show;
- Folha A4;
- Canetas;
- Calculadora.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS:**

Alcançar uma adequada adesão ao tratamento, responsabilizando a cada participante para sua realização, normalizar o nível glicêmico dos pacientes, assim como evoluir nas melhoras metabólicas e de qualidade de vida. Fazer mudanças positivas em modo e estilos de vida para reduzir os fatores de risco e desenvolver habilidades de autocuidado, controle da doença e diminuição das complicações recorrentes.

## 8. REFERÊNCIAS:

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study, Diabetes Care. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Organização Pan Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2011.

DIABETES. Mude sus valores. 2014. Disponível em: <http://mudeseusvalores.com.br/saude-da-visao/glaucoma-atinge-até-um-milhão-de-brasileiros/>. Revisado 24 de março de 2017.

GRILLO MFF, GORINI MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2. Rev Bras Enferm. 2007.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.

McLELLAN, K. C. P et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. Rev. Nutr. Campinas. 2007.

NÚCLEO EDUCACIONAL CIENTIFICA. Uma breve história do Diabetes Mellitus e seu tratamento. 2007. Disponível em [http:// www.fleury.com.br/ saude-em-dia/ artigos/pages/uma-breve-historia-do-diabetes-e-seu-tratamento.aspx](http://www.fleury.com.br/saude-em-dia/artigos/pages/uma-breve-historia-do-diabetes-e-seu-tratamento.aspx). Revisado 24 de Março 2017.

OLIVEIRA DS, et al. Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2, Arq Bras Endocrinol Metab. 2007.

SCHMIDT MI, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet Jun. 2011.

SILVA, L. M. C, et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Revisado 24 março de 2017.

SILVA ARV; et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. Rev Rene. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes. AC Farmacêutica, São Paulo, n. 2015, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento da Diabete Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006.

## ANEXOS

### Questionário.

Título do trabalho: Estratégia educativa com pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na UBS de Esperança do Sul, 2017.

O objetivo do questionário é identificar o nível de conhecimento a respeito do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM), seus fatores de risco, modos de prevenção, tratamento existentes e possíveis complicações decorrentes dessa doença. O mesmo tem caráter anônimo.

1- Consecutivo\_\_\_\_\_

1.2 Sexo: F\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_

2- Idade:

2.1 De 35 a 45 anos de idade \_\_\_\_\_

2.2 De 46 a 55 anos de idade\_\_\_\_\_

2.3 De 56 e 65 anos de idade\_\_\_\_\_

2.4 De 66 e 75 anos de idade \_\_\_\_\_

3- Histórico familiar de diabetes mellitus:

3.1 Sim\_\_\_\_\_

3.2 Não\_\_\_\_\_

4- Das seguintes informações assinalar que considera verdadeiras (V) e quais considera falsas (F):

4.1 \_\_\_\_ Os diabéticos não devem reduzir a quantidade de açúcar no preparo dos alimentos quando estiverem em uso do tratamento medicamentoso.

4.2 \_\_\_\_ Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas não faz bem para o paciente com diabetes.

4.3 \_\_\_\_ As frutas e vegetais são de vital importância na dieta dos pacientes diabéticos.

4.5\_\_\_\_\_ Os pacientes com diabetes podem comer qualquer quantidade de alimentos ricos em açúcar, carboidratos e gorduras para manterem-se saudáveis.

4.6\_\_\_\_\_ O controle de peso corporal, até os valores ótimos referentes ao peso e altura, permite diminuir os níveis de glicose no sangue.

4.7\_\_\_\_\_ Praticar atividade física regularmente é importante para:

\_\_\_\_\_ O controle do peso.

\_\_\_\_\_ O controle da glicose no sangue.

\_\_\_\_\_ Aumentar o risco de doenças do coração.

\_\_\_\_\_ Diminuir a pressão arterial e a redução do estresse.

\_\_\_\_\_ Produzir fadiga, que piora a saúde.

5.\_\_\_\_\_ As situações de estresse emocional ajudam a diminuir os sintomas.

6.\_\_\_\_\_ Se não agregar açúcar aos alimentos não necessita tomar o tratamento.

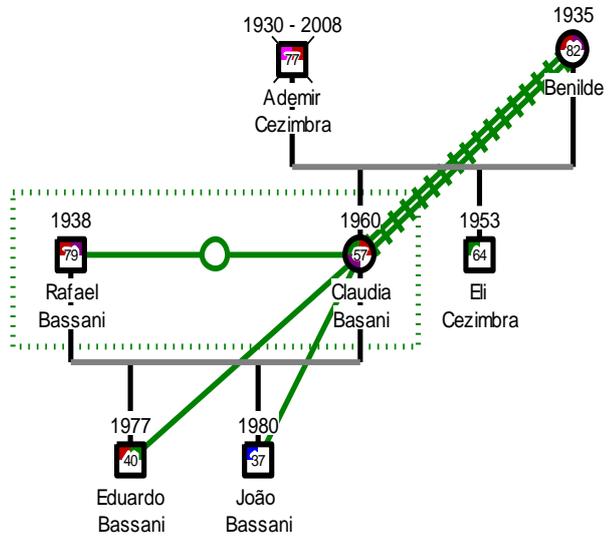
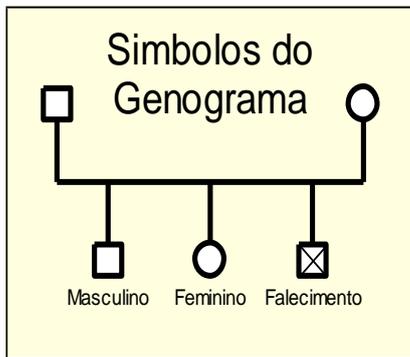
7. \_\_\_\_\_ A Diabetes tem cura depois de vários anos de tratamento.

8. \_\_\_\_\_ Assinale se você conhece ou não o seu tratamento farmacológico:

8.1\_\_\_\_\_ Sim

8.2\_\_\_\_\_ Não

## ANEXO 2: Genograma.



### Relacionamentos Familiar

— 2

### Relacionamentos Emocionais

- 1 Melhores Amigos / Muito Próximos
- 2 Harmonia
- 1 Amor

- 2 Hipertensão / Pressão Alta, Diabete
- 1 Depressão
- 1 Obesidade, Hipertensão / Pressão Alta, Diabete
- 1 Hipertensão / Pressão Alta, Obesidade
- 1 Câncer, Hipertensão / Pressão Alta
- 1 Obesidade