

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO E ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- UNASUS/UFCSPA.**

YANIA ABREUS GONZALEZ

PORTAFOLIO FINAL

TÍTULO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA A PACIENTES DIABÉTICOS
PARA O CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTONIO SEGANFREDO. DAVID
CANABARRO.**

DAVID CANABARRO-RS. 2018

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO E ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- UNASUS/UFCSPA.**

YANIA ABREUS GONZALEZ

TÍTULO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA A PACIENTES DIABÉTICOS
PARA O CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ANTONIO SEGANFREDO DAVID
CANABARRO- 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal do RIO GRANDE DO SUL/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: FABIANO FRAGA CARVALHO.

DAVID CANABARRO- RIO GRANDE DO SUL. 2018

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS.....	6
3. Promoção da saúde e prevenção de doenças	13
4. Visita domiciliar	15
5. Reflexão conclusiva.....	18
6. Referencias.....	20
7. Anexo 1 projeto de intervenção.	

1. INTRODUÇÃO

Sou a Dra. YANIA ABREUS GONZALEZ, médica cubana formada no ano 2008, especialista em medicina geral integral desde o ano 2010, durante minha vida profissional participei em cursos de especialização e trabalhei por 3 anos na Venezuela.

Atualmente me encontro trabalhando no Estado do RIO GRANDE DO SUL, no município DAVID CANABARRO formando parte do programa mais médico para o Brasil (PMMB) participando do curso de especialização em saúde da família UNASUS/UFSCPA da universidade aberta do SUS em RIO GRANDE DO SUL e desde então atuo em no ESF. O município tem uma área de 174.940 km² e contava com 4683 habitantes no último censo populacional. A densidade demográfica é de 26.77 habitantes por km² no território do município. DAVID CANABARRO limita-se ao norte com o município de MULITERNO, ao sul com o município de CIRIACO, ao este com o município de VANINI, e ao oeste com o município de IBIRAIARAS. Situado a 682 metros de altitude. O nome DAVID CANABARRO foi escolhido por representar a uma figura histórica que lutou pela independência chamado DAVID JOSE MARTINS, militar brasileiro nascido em TAQUIRI RIO GRANDE DO SUL.

No ESF encontra-se na Rua Progresso, Nossa UBS tem uma população de 4683 pessoas, 2533 são do sexo masculino e 2150 são do sexo feminino. Com relação á faixa etária tem que 3223 são de 15 anos ou mais anos e 1460 são menores de 15 anos. O nível educacional da população é baixo - media mas o nível sócio econômico está bem desenvolvido, sua principal fonte de trabalho é o gado entre outros labores agrícolas como plantação de fumo.

As queixas mais comuns que motivam a procura pelo serviço de saúde são a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Doenças mentais com uso indiscriminado de psicofármacos, Doenças infecciosas do aparelho respiratório alto e baixo, doenças de aparelho digestivo, entre outras como lombalgias e doenças associado ao sistema ósseo- mio- articular devido aos trabalhos forçados. A prevalência de Hipertensão Arterial nos usuários atendidos pela UBS é de 783 os que correspondem a 16,72 % do total da população e 110 são diabéticos para um 2,34 % mais acho que existe uma incidência oculta de diabetes Mellitus. A equipe de saúde faz acompanhamento destes pacientes e em cada consulta fazem uma avaliação dos fatores de riscos que apresentam e planejam-se as estratégias a seguir para trabalhar na eliminação destes fatores e assim evitar as complicações destas doenças crônicas. Na UBS a equipe programa os atendimentos de acordo com a demanda identificada pelos dados de atendimento. São realizadas visitas domiciliares e consultas agendadas com os pacientes idosos, acamados e que tem sequelas de Doenças Vasculares, Hipertensão e Diabetes. As principais causas de morte nos últimos anos foram complicações próprias da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e neoplasia. Após realizar a reunião da equipe de saúde foi possível identificar os principais problemas de saúde de nossa área de abrangência: aumento da incidência da Hipertensão arterial, aumento da incidência de Diabetes Mellitus e alto número de pacientes com hiperlipidemia além dentre os problemas em saúde identificados na população canabarrense destaca se o desconhecimento geral dos usuários sobre a importância de manter estilos de vidas saudáveis para prevenir doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Existem fatores que são considerados de riscos para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 entre eles estão o fator da idade (estar acima de 45 anos) excesso de peso, sedentarismo, hipertensão arterial e alterações nas taxas de colesterol e triglicédeos sanguíneos e histórico familiar de diabetes. No geral existem muitas evidências de que o diabetes tipo 2 pode ser prevenido o ter seu início retardado. Alterações no estilo de vida especialmente redução moderada de peso, e aumento da atividade física são indicadas, além de promoverem efeito positivo

adicional na saúde como um todo (diabetes/O_QUE_E-DIABETES/Fatores - De Risco (1). Dada esta problemática meu Projeto tem por título, intervenção educativa a pacientes diabéticos para controlar os fatores de riscos modificáveis (anexo 1 projeto de intervenção) e prevenir suas complicações em usuários do ESF no município DAVID CANABARRO RIO GRANDE DO SUL. Este projeto foi direcionado para pacientes com diabetes Mellitus a metodologia foi a traves destes pacientes cadastrados pelos agentes comunitários de saúde de suas respectivas áreas com a proposta de fornecer informações relevantes sobre fatores de riscos modificáveis e como prevenir complicações neste grupo.

2. ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

No resumo dos 10 primeiros casos clínicos, encontramos várias doenças além de diabetes Mellitus, que é a doença principal que estamos estudando no momento, temos hipertensão arterial, obesidade, alcoolismo, fumantes, depressão, impotência sexual, e outras situações como doença de transmissão sexual, depressão pós-parto hábitos alimentares inadequados. Além de relembrar conhecimentos adquiridos previamente em nossa vida Profissional, aprendemos seu comportamento no Brasil e em nosso município o que enriquece nossos conhecimentos. Em nossa realidade diária apresentam-se situações similares aos casos discutidos, tomando uma família na comunidade com situações de riscos e doenças, diabetes, hipertensão e obesidade. Neste contexto, do ponto de vista conceitual, podemos resumir que obesidade é causa de hipertensão arterial e de diabetes, Portanto hipertensão arterial associada à obesidade poderia ser interpretada como modelo de hipertensão arterial secundária (2,3) A obesidade define se como o índice de massa corpórea (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$, é um importante fator de risco para hipertensão arterial e diabetes Mellitus. Estudos demonstram que obesidade é associada a níveis mais elevados de pressão arterial (PA). (2,3) A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença definida por a persistência de níveis de pressão arterial por acima

de 135 mmhg de pressão sistólica e 85 mmhg de pressão diastólica. É uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo no número de pressão nas artérias, a Hipertensão crônica é o fator de risco mais importante para doenças cardiovasculares de risco modificável,(4,5),Um de cada três adultos em todo o mundo sofre da hipertensão, Um de cada três adultos com hipertensão desconhece que tem(4,5). O caso clínico apresentado aqui já tem diagnóstico de hipertensão e obesidade por isso eu faço um resumo destas doenças e apresentaremos como foi o debut com diabetes Mellitus.

Na atuação diária do posto a hipertensão arterial é a primeira causa de mobilidade atendida, com uma alta incidência e prevalência, com outras doenças associadas, a fatores de riscos sobre todo relacionado a estilos de vidas inadequados e alguns com abandono de tratamentos, são por isso que escolhemos esta família com uma paciente com diabetes Mellitus, hipertensão arterial, obesidade tinha um acompanhamento adequado, casos como este são frequentes em nossa consulta. O cenário da atenção básica é muito importante para o controle dos pacientes. A senhora (feminina) de 83 anos, data de nascimento (07-07-1934), mora com seus 2 filhos, nora de sue filho menor embora estejam divorciados e neta, a senhora tem neste momento hipertensão, obesidade e foi diagnosticada com diabetes há um ano e foi escolhida para este trabalho como estudo de caso clínico.

A paciente. (M. DOS S. O) de 83 anos tem acompanhamento no posto, por sua hipertensão ha 10 anos e obesidade e hipercolesterolêmica com tratamento atual de enalapril de 20 mg duas vezes ao dia, anlodipino de 5 mg um comprimido ao dia e sinvastatina de 20 mg um comprimido pela noite aas de 100 mg um comprimido ao dia, assiste a consulta médica no dia,15/09/2016 com os dados da triagem.

PA. 130/90 mmhg.

Peso. 85 kg.

Vem apresentar exames de HTG feito na hora pela enfermeira com o valor de 215 mg / dl. Quando faço o interrogatório a paciente refere sintomas de fraqueza

poliúria e polifagia há 2 meses suspeito de diabetes Mellitus tipo 2, então solicito a glicemia de jejum e agendo retorno

A paciente retorna. 10/10/2016 com os dados da triagem.

PA. 130/90 mmhg.

PESO. 86 kg

. Traz consigo a glicemia de jejum 05/10/2016 de 226 mg /dl. O diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Encontrando se relacionado ao excesso de peso, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e padrões inadequados de consumo alimentar. (6,7). O diabetes Mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo, Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, (6). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes o diagnóstico de diabetes é feito com 2 glicemias de jejum de no mínimo 8 horas em dias diferentes com valores maiores a 126 mg/ dl(8) por tanto solicito fazer de novo glicemia de jejum para confirmação do caso.

A paciente retorna o dia 25/10/2016 com os dados de triagem.

PA. 140/100 mmhg

Peso. 85.5 kg

Altura. 1.71.cm

Compare-se com o resultado de glicemia de jejum 21/10/2016 de 242 mg / dl, sendo então confirmado o diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 ao exame físico apresenta ausculta cardíaca e pulmonar normal.

FC. 76 bpm, FR. 18 rpm.

Circunferência abdominal. 121 cm.

IMC. 29.28 (sobre peso) nesta data foram orientadas mudanças de estilo de vida manter um estilo de vida saudável, dieta adequada restrições de açúcar farinhas, baixa de sal, gorduras, cafeínas, incorporar a atividade física pelo menos duas vezes por semana. Para um individuo com diabetes a correção de seus hábitos alimentares justamente com a prática regular de exercício físico são fatores cruciais no tratamento para o controle da diabetes (9)

No tratamento da diabetes tem como parâmetro importante o controle metabólico com a utilização de terapias farmacológicas ou não (segum boas et al, 2012)(10)

Encaminho a paciente a inter consulta com nutricionista uma vez por semana para manter uma dieta para diabetes e sobre peso, indico exames complementários, hemoglobina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, Creatinina, e exames de urina, os quais são feitos na unidade de saúde Antônio Seganfredo.

Indico tratamento não farmacológico e fazer no posto exame de HGT. Pelo menos uma vez por semana.

Agendo o retorno para 21 dias e trazer os exames solicitados e o HGT semanal para começar o tratamento antidiabético o ministério de saúde preconiza o tratamento não medicamentoso pelo menos três meses antes de indicar o tratamento hipoglicemiante oral, o tratamento de preferência é a Metformina de 500 mg / dia após o café de amanhã mais isso pode variar para cada paciente.

No dia 02/11/2016 a paciente vem á consulta com a nutricionista que institui o plano de dieta e agenda retorno os dados de triagem.

PA. 130/90 mmhg.

Peso. 85.3 kg

No dia 20/11/2016 a paciente vem á consulta com resultado de alguns exames.

HB. 13.8%, plaquetas. 443 mm³, colesterol. 231 mg /dl, Creatinina. 0,72 mg / dl
exame de urina negativo glicemia de jejum.234 mg /dl e hemoglobina glicada em 9.7 %.faltando exame de triglicerídeos, HDL, LDL.

Dados de triagem.

PA. 130/90 mmhg.

Peso. 84.5 kg

No dia 05/12/2016 a paciente retorna com a nutricionista com os dados de triagem.

PA. 130/90 mmhg.

Peso. 85 kg

O seja com aumento de 0.5 kg em correspondência com a consulta anterior e refere que a dieta é muito difícil de fazer.

No dia 20/12/2016. A paciente consulta para mostrar o perfil glicêmico.

08/12/16. 163 mg / dl.

11/12/16. 184 mg / dl.

13/12/16. 141 mg / dl.

15/12/16. 186 mg / dl.

18/12/16. 152 mg / dl.

Solicito novamente HBA1C pela importância que esta tem.

No dia 10/01/2017 retorna com a nutricionista e refere novamente que fazer a dieta e atividade física é muito difícil.

Dados de triagem.

PA. 140 /90 mmhg

Peso. 86 kg

No dia 12/02/2017 retorna a consulta médica ainda com queixas de poliúria, polifagia, e com hemoglobina glicada (25/01/17) em 9.85 % e os seguintes dados de triagem.

PA. 140/ 90 mmhg

Peso. 87 kg

HGT. JEJUM. 170 mg /dl.

Como até agora a paciente não conseguiu o controle metabólico embora tiver feito mudanças de estilo de vida e alguma atividade física regular prescrevo a Metformina de 500 mg /dia após o café de amanhã e após uma semana aumento a dose a 850 mg/ dia e agendo retorno para um mês.

A Metformina sua principal ação é diminuir a glicogênese hepática (11).

No dia 13/03/ 2017 retorna a consulta ainda com algumas queixas como poliúria e sede constante com os dados de triagem.

PA. 140/ 90 mm hg.

Peso. 86 kg

HGT. JEJUM. 168 mg /dl. E agendo retorno em 15 dias e aumento de dose de Metformina de 850 mg no café de manhã e na janta.

No dia 29/ 03/ 2017. Retorna a consulta médica refere sentir se melhor e os dados de triagem.

PA. 130/90 mmhg.

Peso. 85.7 kg.

HGT. 150 mg /dl.

Nesta consulta colocamos tratamento de Metformina de 850 mg no café, almoço, e janta e agendo consulta para três meses.

No dia 30/06/2017 retorna a consulta com a nutricionista e os dados da triagem.

PA. 130/80 mmhg.

Peso. 84 kg.

No dia 31/07/2017 vem á consulta para avaliação do caso e solicito HBA1C de controle trimestral.

No dia 28/08/2017 vem á consulta sem queixas refere sentir se bem e com HBAIC (05/08/2017) em 5.7 %e com os seguintes dados da triagem.

PA. 130/80 mmhg.

Peso. 85.2 kg.

HGT. (jejum)138 mg /dl.

Relata manter tratamento com Metformina conforme a indicação e estilo de vida saudável assim como fazendo um esforço para realizar atividade física explicamos que esta doença não tem cura é para o resto da vida e sua expectativa vai depender de sua disciplina.

ID Síndrome metabólico

- Hipertensão arterial sistêmica
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Hipercolesterolêmica.
- Obesidade (índice de massa corporal 29,28)

Conduta:

Encaminhado para o nutricionista, para manter seguimento de orientações sobre alimentação saudável e cuidados das doenças, Fazer caminhadas durante 30 minutos pelo menos duas vezes por semana, manter o tratamento indicado para controle das doenças e para manter um estilo de vida saudável e melhorar a qualidade de vida

Mapeamento da pressão e da diabetes

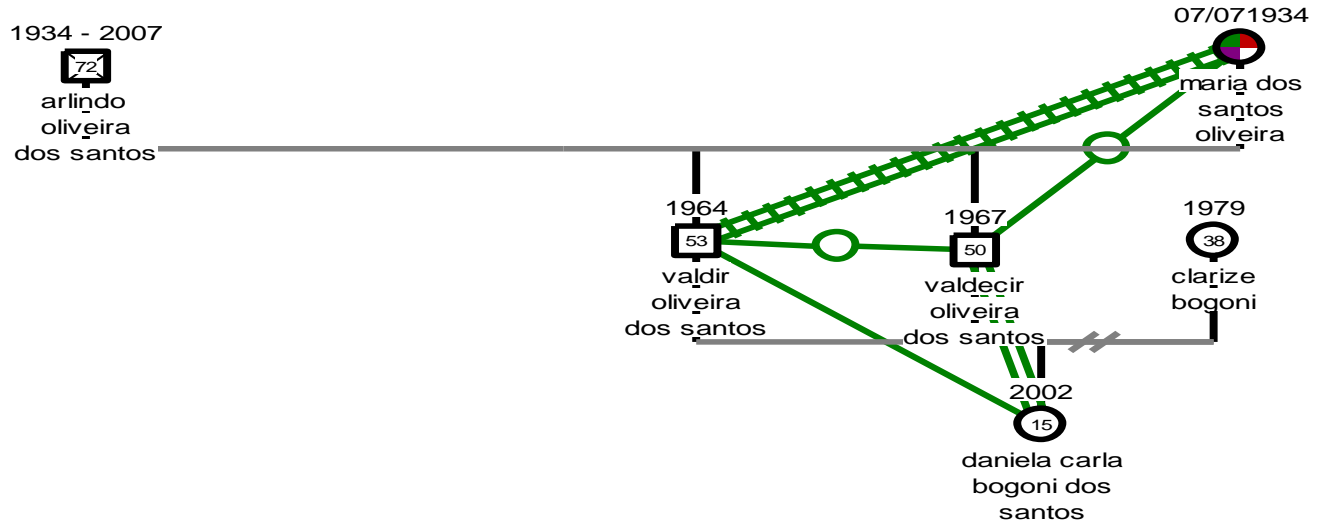
- Programa-se uma visita familiar com a equipe de trabalho assim tem em conta a situação familiar

Tratamento: enalapril de 20 mg duas vezes ao dia, anlodipino de 5 mg um comprimido ao dia, Metformina 850 mg após café, almoço, e janta, sinvastatina de 20 mg na noite, aas de 100 mg um por dia. **No dia 31/08/2017** a equipe se apresentou na casa de Maria com visita programada pela Agente comunitária de saúde e coordenada, explicamos a toda à família a importância do apoio familiar no controle do caso de Maria, sua alimentação e sua aderência aos medicamentos e neste caso falamos também sobre a dinâmica familiar, como poderia melhorar e apoiar psicologicamente a, (PA 130/80 mmhg) (Glicose capilar 120) neste dia sugerimos tratamento com algum tipo de poli vitamínico para prevenir outras complicações da diabetes.

Aproveitamos o dia da visita para montagem de genograma familiar, Indicamos os exames de avaliação pra a próxima consulta e HBA1C de controle cada três meses e estimulamos a paciente a continuar com todas as medidas de regimes, fazendo caminhada, demonstrando que todo é possível quando o paciente quer melhorar sua saúde e deve retornar o dia 05/10/2017 pois já teria um ano de seu diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. Este foi um caso que apresento fatores de riscos que não foram identificados como hipertensão arterial e obesidade com estilo de vida inadequado que desencadearem um quadro metabólico de diabetes Mellitus, mais foi um exemplo que com as mudanças dos estilos de vida e dos fatores de riscos modificáveis podemos controlar nossos pacientes e assim diminuir as incidências, complicações melhorando a qualidade de vida deles, assim foi demonstrado também que a equipe de trabalho é muito importante na resolução dos problemas, o médico só não poderia resolver os problemas sem a unificação de todo a equipe.

A equipe ficou muito feliz na melhora do caso da família estudada e apresentamos o genograma familiar.

.



3. Promoção de saúde e prevenção de doenças.

Há mais de um ano atuo na UBS Antônio Seganfredo de David CANABARRO_RS e durante este módulo foi estudado diversos temas como epilepsia, acidente de trabalho, procedimentos quirurgicos nas UBS, quadros clínicos de ansiedade e psicofármacos, insuficiência cardíaca e EAP, puericultura assim como outros temas de muita relevância, a prática mais relevante que adotei foi na área de saúde alimentar e maus hábitos alimentares relacionados aos cuidados de saúde integral como foi estudado no caso número 11 deste eixo.

Primeiramente comecei a fazer um registro personalizado dos usuários com diabetes Mellitus, incluindo os usuários com hipertensão arterial e obesidade que seria um universo bastante grande e fazendo uma coleta dos dados laboratoriais deles informando em um 95% dos casos transtornos metabólicos como hiperglicemia ou glicemias aumentadas, hipercolesterolemia, hiperuricemia, todo associado a um estilo de vida inadequado e por tanto com este problema de saúde as pessoas queriam marcar exames de laboratório a cada 2- 3 meses. Foram coletados nestes casos todos os dados pessoais, nomes, endereço, medicamentos utilizados, e hábitos de vida, como tipo de alimentação e prática de exercício físico os quais eram inadequados, e predominava o sedentarismo.

Ao iniciar meu trabalho nesta unidade básica foi detectado que o número de diabetes Mellitus e hipertensão arterial eram muito pouco então começamos fazendo pesquisa aos usuários com tomada da pressão arterial e fazendo exames de HGT e deste jeito identificar doenças e grupos de riscos, foi uma tarefa bem difícil mais os pacientes nestes casos já faziam a consulta e os dados ficavam registrados no prontuário, dávamos palestras educativas durante as consultas de melhores estilos de vidas, a consulta médica é uma boa oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral utilizando os atributos de APS acesso, Longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Então a adoção que decidimos com toda a equipe de saúde foi de realizar varias palestras pelo menos a cada 15 dias, em vários meses com uma equipe de o médico, enfermeira, psicóloga, e nutricionista com diferentes grupos de pessoas anteriormente mencionados sobre todos os diabéticos, os hipertensos, e outros com fatores de riscos, o objetivo é manter o tratamento de base como hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, hipolipemiantes, mais o motivo das palestras eram palestras educativas de como manter estilos de vida saudáveis, e hábitos alimentares adequados e que desta maneira logriam um melhor controle metabólico e por tanto fazer exames de laboratórios em um período de 6 meses ou um ano em dependência do caso e não fazer um sobre uso do laboratório clínico, já que eles achavam que fazendo exames a cada 2- 3 meses melhoravam os resultados de laboratório.

No inicio os usuários ficaram desconfortáveis por só fazer exames uma ou duas vezes ao ano mais entenderam que estavam fazendo um sobre uso do laboratório na unidade básica de saúde e de repente outras pessoas que necessitavam fazer exames não conseguiam vaga, de ai a importância de: Como mudanças de estilos de vidas e incorporando conhecimentos, às pessoas pode melhorar o estado de saúde, ao longo deste período os efeitos foram muito bons, em quanto á qualidade de vida, foram registrados menos casos de diabetes Mellitus, hipertensão arterial, e uma qualidade melhor do serviço de laboratório, prestando melhor serviço á população necessitada e com fatores de riscos.

Assim conhecendo a população da área em que atuo pude programar as seguintes ações, identificação de grupos de riscos, identificação de mulheres que não fazem exames preventivos, mamografias ou constituindo risco pré concepcional, foi identificada casos novos de diabetes Mellitus, hipertensão arterial que estavam na incidência oculta, e outras doenças, assim como situações sociais, casos de depressão, ansiedade, conflitos familiares, outros

transtornos mentais os quais começaram o acompanhamento com a psicóloga do posto e com os profissionais de saúde.

Então a partir de agora com o trabalho em equipe e logrando manter o estilo de vida saudável conseguimos controlar doenças como diabetes, hipertensão, diminuindo seus agravos e complicações e diminuindo as incidências destas doenças por isso uma das principais características da medicina são a promoção e prevenção em saúde.

4.VISITA DOMICILIAR.

Na unidade básica de saúde Antônio Seganfredo no município de David Canabarro a visita domiciliar é feita de acordo com as necessidades da população sabendo que é o principal instrumento de contato com a população, está organizada e programada pelos ACS e enfermeiras da área de abrangência a qual está programada para ser feita uma vez por semana todas as (quinta feiras de manha) esta metodologia está muito bem planejada e organizada já que cada semana é feita com cada agente de saúde conformando um ciclo rotativo priorizando os casos mais complicados e com maior risco de vulnerabilidade e que por sua condição física não conseguiu ir ao posto de saúde, o objetivo desta metodologia é ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento e o resultado final de cada mês é ter visitado com os agentes os casos programados dando comprimento á agenda compartilhada.

No começo há mais de um ano foi pedido a traves de uma base de dados, total de população, total de famílias, total de hipertensos, total de diabéticos, total de mulheres grávidas, população menor de um ano, população com discapacidades, acamados, assim como pessoas expostas a diferentes fatores de riscos biopsicossociais, já seja alcoolismo, uso de drogas, ECT para começar a dar prioridades aos casos mais graves e com doenças mais complicadas e vulneráveis, esta informação foi muito fácil de obter já que todos os agentes têm

um cadastro de cada família, com todos seus integrantes, doenças, medicações feitas e tratamento atual, todo em formato digital, deste jeito foi planejado as visitas domiciliares sempre tendo em conta a prioridade dos atendimentos, em cada reunião da equipe entre os agentes comunitários de saúde, enfermeiras, e médicos já são planejados as visitas que serão feitas no mês, com o objetivo de estabilizar a equidade das visitas, assim não haverá mais reclamações dos pacientes e cuidadores de que as visitas demoram muito em acontecer ou que uns recebem mais visitas que outros, mais já falamos que em alguns casos de apresentar alguma complicação aguda devem recorrer ao hospital para o pronto atendimento, agora nós contamos com uma agenda de controle na qual fica planejado o dia, horário, agente de saúde, e pessoas a visitar, desta forma orientamos aos pacientes, e avisar com tempo o dia da visita, geralmente são realizadas de 3-5 visitas por semana, até agora não contamos com obstáculos para a realização da mesma já que sempre contamos com o carro e o motorista para a realização das mesmas por enquanto não foi preciso cancelar nenhuma visita em todo este tempo, já seja por falta de carro, motorista, ou médicos, seria um prejuízo muito desfavorável para o trabalho do posto, provocaria desordem na agenda planejada, e o mais afetado seria o paciente que ficou na espera do atendimento, os casos que precisam de inter consulta de profissionais como Nutricionistas, Psicóloga, e fisioterapias são incluídas No dia da visita.

Em todo este tempo não aconteceu nenhuma dificuldade em quanto a encaminhamento porque cada caso quando precisou ser avaliado por algum especialista foi encaminhado para o hospital da cidade, Passo Fundo e tratado sem problema. Um aspecto muito importante foi durante as visitas domiciliares com os usuários que precisam de intervenção social, esta profissional quando requerida sempre participa das visitas domiciliares para uma melhor avaliação do caso assim como ajuda de custo, para tratamento, medicações, insumos e outras questões a serem utilizadas nestes casos, também tratamentos oncológicos e em condições de vulnerabilidade social. As visitas são realizadas juntamente com os ACS que conhecem bem todos os endereços e algumas vezes participam as enfermeiras nos casos mais complicados para conhecer

melhor a situação, durante as visitas, eu realizo desde o interrogatório, exame físico, confirmamos o diagnóstico atual e tratamentos, são realizadas as orientações necessárias e terapêuticas e os familiares e/ou cuidadores também recebem as orientações necessárias e é o momento para aclarar qualquer dúvida, em todas as visitas nós deixamos bem claros qual é o papel que nos corresponde em quanto aos profissionais e quais são nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário é importante nas visitas domiciliares saber si o cuidado é dividido entre os filhos e demais familiares e cuidadores tanto desde o ponto de vista afetivo, e financeiro, já que em muitos casos encontramos uma soa pessoa, carregando com tudo o qual não é justo.

A realização de procedimentos mais utilizados nas visitas é a medição da pressão arterial (PA) e da glicemia (HGT) capilar aos pacientes com diabetes Mellitus e aos pacientes com fatores de riscos ou população geral já que é uma estratégia muita boa para detectar casos de hipertensão arterial, e de diabetes que estão na incidência oculta, assim como também é feito os curativos a pacientes acamados, além observamos os casos sintomáticos respiratórios com mais de Três semanas orientamos fazer consulta médica quanto antes para melhor interrogatório, exame físico e coleta do escarro, deste jeito identificamos os possíveis casos de tuberculoses que poderíamos ter na comunidade, também orientamos as mulheres fazer exame cito patológico segum protocolos e exame de mamografia já que deste jeito identificamos doenças muito frequentes como câncer de mama e de colo de útero para encaminhar ás pacientes quanto antes aos serviços especializados já que quanto antes o diagnóstico melhor Tratamento e expectativa de vida, outro objetivo da visita domiciliar é identificar condições sociais desfavoráveis como abuso de álcool, drogas, violência intrafamiliar e contra a mulher para saber trabalhar melhor com esta situação.

Quando há necessidade de exames de laboratório eu solicito e os ACS ou os próprios familiares pede ao técnico do laboratório que agende a coleta a qual ate agora nunca foi comprometida pela falta de transporte ou de insumos. Os

exames são trazidos pelos cuidadores e/ou familiares ou ACS, então eu registro no prontuário o resultado e procedo á conduta segun resultados, na próxima visita ao usuário apresento o resultado dos exames ao mesmo e reforço as orientações e medidas gerais, durante todo este tempo e durante as visitas domiciliares e de um jeito geral falamos com a população fazendo intervenção com atividades de promoção e prevenção para a saúde a qual tem um desconhecimento de como levar um estilo de vida saudável e como poderiam prevenir doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo a (PESQUISA NACIONAL DE SAUDE_PNS DE 2013) (12) informou que fatores de riscos á saúde associados ao consumo alimentar, uso de álcool, pratica de atividade física insuficiente e tabagismo, os quais segundo a literatura especializada estão fortemente relacionados ao crescimento de doenças crônicas não transmissíveis e focalizam esses agravos com destaque para ocorrência de diabetes Mellitus, hipertensão arterial, colesterol, doenças cardiovasculares, câncer, entre outros problemas de saúde que em conjunto, respondem por uma significativa parcela das mortes no Brasil.

De um jeito geral aprendi que as visitas são gratificantes, sendo partes do trabalho médico, cada visita é uma experiência única, feita na hora certa e percebo quando as intervenções e orientações surtam um efeito positivo esperado na melhoria e da qualidade de vida desta população que tão necessitada esta, cada visita é muito boa já que na maioria dos casos chegamos a aquele momento que a pessoa mais precisa, diabetes e hipertensão descontroladas, broncopneumonia, processos infecciosos, depressões profundas e outras condições sensíveis que de não ser tratada na hora poderia ser fatal para o usuário, à visita domiciliar é aquele trabalho médico- comunitário de APS que não pode faltar em nosso cotidiano.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.

Para começar com uma avaliação crítica do curso o primeiro é a novidade para mim, o jeito do curso a distância foi um reto na minha vida, si temos em conta as características, a comunicação com o orientador, as avaliações, os programas informáticos e sobre todo o idioma que foi também outro reto, mais também o reto maior foi poder conhecer que tudo pode ser possível na vida, que cada dia temos que enfrentar novos retos, que nas ciências médicas todos os dias temos que conhecer algo novo, porque o que é ciência no presente amanhã pode ser algo melhor, porque a ciência sofre mudanças diariamente, novas técnicas cirúrgicas, novos tratamentos que melhoram os já conhecidos, novas tecnologias diagnósticas, e é por isso que eu considero este curso muito bom e imprescindível porque mediante ele conheci desde os princípios da saúde pública de Brasil, como foi a evolução da saúde neste país desde o começo até os dias atuais, e como ainda esta evoluindo, como foi antes, e como esta sendo depois da implementação do SUS, as leis que regulam o sistema, as que protegem as mulheres, as crianças, os idosos, as doenças mais frequentes no Brasil que temos em Cuba com uma incidência muito baixa, como é a hanseníases e suas características, mais na área da abrangência nossa não é muito frequente, temos também a tuberculoses, brucelose e outras que nunca tive a oportunidade de atender porque em Cuba não temos, e mediante o curso tive a possibilidade de estudar estas doenças e logo ser diagnosticado em nossa prática, assim como atender a pacientes na prática diária no posto, acho que o melhor método de aprendizagem é combinar a teoria com a prática.

Também tive a oportunidade de trabalhar situações de famílias mediante o estudo de casos complexos mais em nossa prática foi melhor dar seguimento às mesmas, além que durante este ano foi feito um trabalho muito bonito com a população sobre todo com atividades de promoção e prevenção de saúde para evitar doenças transmissíveis e não transmissíveis o trabalho de conclusão de curso leva concluir que as mudanças de estilo de vida é a clave para a

prevenção de doenças crônicas não transmissíveis dentro delas a diabetes Mellitus podendo ser manejadas a traves de intervenções dentro de um planejamento adequado buscando atingir as metas da organização mundial de saúde para melhoria das condições de saúde da população logrando que a população tenha uma qualidade de vida melhor e trabalhar em base á medicina preventiva e não curativa dando cumprimento a todos os programas e protocolos, a realização deste trabalho permitiu conhecer a fundo a realidade do tema no âmbito da cidade de David Canabarro identificando se forte desconhecimento da população e a importância de ter um estilo de vida adequado, neste trabalho oportunizou a percepção da necessidade de uma atuação intensificada da equipe de saúde da família, enfatizando informações nesse tema e esclarecimento de duvidas durante consultas de medicina geral e visitas domiciliaria, com este trabalho pretende se diminuir o número de incidências de diabetes Mellitus, assim como diminuir o número de internações devido ao descontrole, e portanto diminuir o número de complicações e mortes por esta doença.

Verifica se o presente trabalho representa grande relevância social para os pacientes com diabetes Mellitus, assim como toda a população submetida a fatores de riscos para desencadear esta doença, o presente trabalho contribui imensamente para minha formação profissional, além, Acho que o curso foi muito completo, e que só com um curso como este poderia ser feito este trabalho de conclusão final e poderia Relembrar e Conhecer Tudo o que aprendemos neste ano no Brasil, porque ninguém poderia dedicar tanto tempo na preparação dos profissionais de outro jeito. Posso acreditar que este curso a distancia forma parte de meu currículo Profissional, que aportou muito a meus conhecimentos, Agradeço imensamente à equipe de profissionais e professores e tutores que fez o curso.

Referencias Bibliográficas

1. https://WWW.lilly.com.br/diabetes/O_Que_E_Diabetes./Fatores_De_risco.
2. www.sbh.org.br/revista/2009/revistahipertensao1_2009.
3. https://ES.wikipedia.org/wiki/obesidade_2012.
4. <https://www.significados.com.br/hipertensao> 2012.
5. SBH Sociedade Brasileira De Hipertensão. _O que é Hipertensão.
WWW.sbh.org.br/geral/o_que_e_hipertensao.asp.
6. Hipertensão Arterial e DIABETES_BVS MS_MINISTERIO da Saúde. bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicações/cd05_06pdf 2015.
7. OMS/Diabetes. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ES/2016
8. Diabetes e Hipertensão: uma combinação perigosa. hipertensoemmovimento.com/diabetes_e_hipertensao/8_jul.2016
9. ADA, 2010, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPA, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2002).
10. www.diabete.com.br/biblio/obeso/HTM_2012.
11. https://WWW.mdsaude.com/Endocrinologia/Diabetes_mellitus. 1 may.2017.
12. pesquisa nacional de saúde_PNS 2013 IBGE. <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013>.

ANEXO 1 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA



TITULO.

Projeto de intervenção educativa a pacientes diabéticos para o controle dos fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família, ANTONIO SEGANFREDO DAVID CANABARRO.

DAVID CANABARRO. RIO GRANDE DO SUL.

2017

Dra. YANIA ABREUS GONZALEZ

**Projeto de intervenção educativa a pacientes diabéticos para o controle dos fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família,
ANTONIO SEGANFREDO. DAVID CANABARRO**

DAVID CANABARRO. RIO GRANDE DO SUL.

2017

RESUMO

O diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Encontrando se relacionado ao excesso de peso, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e padrões inadequados de consumo alimentar, é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose pelo organismo.

É uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado. O controle adequado destes pacientes deve ser uma das prioridades da atenção básica e nas estratégias de saúde do Brasil pela alta incidência desta doença. Este trabalho propõe a criação de estratégias de intervenção a ser aplicado pela equipe de Saúde da família do posto da saúde com o objetivo de identificar os principais fatores de riscos que incidem em nossa população atendida e aplicar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento destes pacientes, Para a abordagem dos pacientes foi feito pelo cadastramento de pacientes diabéticos priorizando os de recentes diagnósticos e os de difícil controle ou mau controle metabólico tomando-se uma amostra para o estudo de 87 pacientes (onde contaremos com o apoio dos agentes comunitário e técnicas de enfermagem que tem maior conhecimento das famílias da área da abrangência,). Aplicando-se um questionário pra avaliação inicial, depois de identificar as principais deficiências se formularam quatro atividades dos encontros educativos, depois foi aplicado o mesmo questionário do início para avaliação da aprendizagem. Com a incorporação do projeto pretende-se melhorar as condições de saúde e de vida da população, com as mudanças de estilos de vidas e aderências aos planos terapêuticos.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus, educação em saúde e fatores de risco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2.PROBLEMA.....	7
3. JUSTIFICATIVA	8
4. OBJETIVOS	9
5 REVISAO DA LITERATURA	10
6. METODOLOGIA	16
7. RECURSOS NECESSARIOS.....	20
8. CRONOGRAMA	21
9. RESULTADOS ESRERADOS	22
10. REFERÊNCIAS	23
13. ANEXO.....	26

1. INTRODUÇÃO

A origem do município de David Canabarro remota a segunda metade do século XIX quando se iniciou o povoamento da área hoje delimitada em seu território oficial.

Nesse período, alguns posseiros alemães e luso-brasileiros fixaram-se em vários pontos isolados estabeleceram os limites das áreas ocupadas e encaminharam a legitimação de suas terras alguns ainda na época do império.

Com a proclamação da república brasileira o processo continuou cada vez mais frequente, até à década de 1930, quando se intensificou uma corrente migratória proveniente das primeiras colônias italianas, como as de caixas do sul, Alfredo Chaves, Antônio Prado, Nova Bassano e Guaporé, as primeiras localidades que começaram a se formar foram SANTO ANTONIO DO CARREIRO, no final do século XIX Nossa senhora do Rosário no ano 1912 e São Sebastião na década de 1920 e a partir da década de 1930 as demais comunidades

Em 1950 através da lei Municipal 152, foi criado o Distrito de trinta e cinco com a instalação da subprefeitura do município de Passo Fundo.

Em 1964 inicia-se o processo de emancipação político administrativo, culminando com a criação do município de David Canabarro pela lei estadual 5.196 de 28 de dezembro de 1965. A instalação do município de David Canabarro aconteceu em 29 de maio de 1966, data oficialmente comemorada como o dia do município. (1) (2) (3)

O município se estende por 174,9km² e contava com 4683 habitantes no último censo 2010. A densidade demográfica é de 26,8 habitantes por km² no território do município vizinho dos municípios de Ciriaco, Vanini, Muliterno, David Canabarro se situa a 36 km a norte de Marau situado a 658 metros de altitude, de David Canabarro as coordenadas geográficas do município latitude 28 grado, 23,17. Sul longitudes. 51grado 50,38 oestes. (4) (5) (6)

.O município tem uma unidade básica de saúde, onde começa os atendimentos básicos dos pacientes diabéticos, acompanhados pelas equipes de trabalhos criadas para dar em seu conjunto um melhor atendimento às necessidades básicas de saúde da população, o posto tem cadastrado 110 pacientes com diabetes Mellitus, para uma prevalência de 2.34%, acho que ainda temos que fazer mais pesquisa buscando novos casos na prevalência oculta, o posto tem cobertura para garantir os medicamentos de controles. Como a Diabetes Mellitus é uma doença que precisa de atendimento continuado de mudanças que duram para a vida toda torna se necessária a intervenção educativa para elevar o conhecimento sobre a doença como parte fundamental de seu cuidado, de caráter obrigatório e fica nos protocolos de atendimentos dos diabéticos a aprendizagem dos fatores de riscos tais como a nutrição inadequada, obesidade, hábitos tóxicos, a importância do exercício físico, monitoramento da glicose, a higiene pessoal para evitar infecções secundarias sobre todo na pele, técnicas de monitoramento da glicose sanguínea e ajuste da medicação.

2. PROBLEMA

Baixo nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre os cuidados básicos para seus controles, assim como os fatores de riscos que incidem e podem ser modificáveis, a forma de prevenir suas complicações pelo que precisamos modificar hábitos e estilos de vida para melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes e diminuir morbimortalidade pela diabetes Mellitus.

3. JUSTIFICATIVA

O diabetes Mellitus, é uma das primeiras 10 causas de morte no mundo, segun a OMS, Este padecimento causa diversas complicações y dana frequentemente a os olhos, rins, nervos y vasos sanguíneos. Suas complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidoses, coma hiperosmolar no cetósico) são consequências de um controle inadequado da doença, embora suas complicações crônicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatias, neuropatias e danos microvasculares) são consequências do progresso da doença. Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco podem prevenir, ou ao menos retardar a aparição da doença com mudanças de estilos de vidas e diminuir a incidência de diabetes,

Na unidade Básica também constituí um problema de saúde pelo que precisamos programar mudanças nos estilos de vidas que melhorem a qualidade de vida dos pacientes e prevenção da mortalidade da diabetes.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Aumentar o nível de conhecimento sobre os riscos de diabetes e suas complicações em pacientes selecionados, na Unidade Básica de Saúde Antônio Seganfredo, município DAVID CANABARRO.

4.2 Específicos

- Identificar os principais fatores de riscos associados da diabetes.
- Programar ações educativas dirigidas a os fatores de riscos modificáveis da diabetes, complicações e tratamento.
- Incentivar as mudanças de estilos de vida em pacientes diabéticos e familiares.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O diabetes Mellitus já foi conhecido antes da era Cristiana. No papiro de Ebers descoberto no Egito e data do século XV a. C., já se descobre sintomas que corresponde à diabetes. Foi Areteo de Capadoci a quem, no século II da era Cristiana, nome o diabetes, desde muitos anos, apresentava sintomas como urina frequentes, sede constante, Fome excessiva (7) Nos séculos posteriores não se encontram nos escritos médicos referências a esta enfermidade até que, no século XI, Avicena refere com precisão esta afecção em seu famoso Cânon da Medicina. (8)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2006 havia perto de 170 milhões de pessoas doentes da diabetes, e esse índice aumenta rapidamente. É estimado que em 2030 esse número dobre. A diabetes mellitus ocorre em todo o mundo, mas é mais comum (especialmente a tipo II) nos países mais desenvolvidos. O maior aumento atualmente é esperado em Ásia e em África, onde a maioria dos diabéticos será visto em 2035. O aumento do índice de diabetes em países em desenvolvimento segue a tendência de urbanização e mudanças de estilos de vidas.

A diabetes está na lista das cinco doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Pelo menos nos últimos 20 anos, o número de diabéticos na América do Norte está aumentando consideravelmente. Em 2005, eram em torno de 20,8 milhões de pessoas com diabetes somente nos Estados Unidos. De acordo com a *American Diabetes Association* existem perto de 6,2 milhões de pessoas não diagnosticadas e perto de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas

Os Centros de Controles de Doenças classificaram o aumento da doença como epidêmico, e a NDIC (*National Diabetes Information Clearinghouse*) fez uma estimativa de US\$132 bilhões de dólares, somente para os Estados Unidos este ano. (9)(10) O diabetes Mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em

todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025(11).

Diabetes é uma doença bastante comum no mundo, especialmente na América do Norte e norte da Europa, acometendo perto de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Porém estima-se que perto de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025(12)

A prevalência e a incidência de DM têm aumentado mundialmente, já no Brasil, estimam-se, em 2030, 11.3 milhões de diabéticos (WILD, 2004) (13). No Brasil o 40% tem excesso de peso e 10-15%tem obesidade (20) Para justificar esta expansão global do diabetes temos vários fatores como o envelhecimento populacional (SARTORELLI, 2006) (14) o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento de obesidade (SCHMIDT et al 2009) (15). Esses dados justificam os motivos pelos quais o DM é considerado como um problema relevante de saúde pública.

Um dos principais problemas do diabetes é que ele pode se desenvolver de forma assintomática – quando os primeiros sinais de alerta começam a aparecer, o quadro já está bem estabelecido. Prova disso é o Censo Nacional

Sobre a Prevalência do Diabetes do Ministério da Saúde, realizado na década de 1980, que mostrou que 50% dos diabéticos desconheciam o diagnóstico. (16)

O **diabetes mellitus** (DM) é um conjunto de [trastornos metabólicos](#), (17,18) que compartilham a característica comum de apresentar concentrações elevadas de glicose no sangue ([hiperglicemia](#)) de maneira persistente ou crônica (19). A American Diabetes Association, classifica o diabetes mellitus em três tipos: O [diabetes mellitus tipo 1](#), no qual existe uma destruição total das células β , o que conleva uma deficiência absoluta de insulina; o [diabetes mellitus tipo 2](#) ou não insulino dependente, gerada como consequência de um defeito progressivo na secreção de insulina, assim como o antecedente de resistência periférica à mesma; o [diabetes gestacional](#), a qual é diagnosticada durante a gravidez; e outros tipos de diabetes ocasionados por causas diferentes. Outros tipos de diabetes são bem mais raros e incluem defeitos genéticos da função da célula beta (MODY 1, 2, 3) defeitos genéticos na ação de insulina, doenças do pâncreas, pancreatites, tumores pancreáticos, hemocromatose e outras doenças endócrinas, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, acromegalia e certos usos de medicamentos (25). A causam vários transtornos, sendo o principal a baixa produção da [hormona insulina](#), secretada pelas [células \$\beta\$](#) dos [Ilhotas de Langerhans](#) do [pâncreas endócrino](#), ou pelo seu inadequado uso por parte do corpo que repercutirá no metabolismo dos [hidratos de carbono](#), [lípidos](#) e [proteínas](#). O diabetes Mellitus e suas morbidades constituem uma importante causa de preocupação na saúde pública. (20,21)

O diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Encontrando-se relacionado ao excesso de peso, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e padrões inadequados de consumo alimentar, incluindo consumo elevado de calorias e gorduras, e baixo de fibras e grãos integrais (11) DM é uma síndrome do metabolismo defeituoso de carboidratos, proteínas e lipídios, causados tanto pela ausência de secreção de insulina, como pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à mesma. A insulina, neste caso, é responsável por esse metabolismo, a qual possibilita todo mecanismo hormonal da glicose a ser realizado no organismo. Esse hormônio é produzido pelas ilhotas de Langerhans no pâncreas, o órgão mais importante para a síntese da insulina endógena. (12)

As complicações da diabetes podem-se apresentar na forma aguda e crônica, notificando-se como e mais frequentes nos quadros agudos a Cetoacidose diabética, Cegueira, Coma hiperosmolar não cetótico (perto de 14% dos casos), Hiperglicemia, Coma diabético, Amputação e Miíase. Nas crônicas, encontramos a Placas de gordura no sangue (Aterosclerose); Danos na retina (Retinopatia diabética); Hipertensão (por aumento de H₂O no sangue, além da glicosilação irregular do colágeno e proteínas das paredes endoteliais o que pode causar tromboses e coágulos por todo o sistema circulatório); Problemas renais como insuficiência renal progressiva (atinge 50% dos pacientes com DM tipo 1), Problemas neurológicos, principalmente nos pés como perda de sensibilidade e propriocepção; Tromboses e coágulos na corrente sanguínea; Fator de risco à periodontite, Problemas dermatológicos (por desnaturação de proteínas).
Recomenda-se manter um peso saudável, e ter no mínimo 3 horas de exercício por semana, não ingerir muita gordura, e comer uma boa quantidade de fibras e grãos integrais); Problemas metabólicos gerais e Síndrome do pé diabético; (22,23) PORQUE TRATAR A HIPERGLICEMIA. a hiperglicemia é a elevação das taxas de açúcar no sangue e que deve ser controlada, sabe-se que a hiperglicemia crônica, através dos anos esta associada à lesões da

microcirculação, lesando e prejudicando o funcionamento de varios órgãos como já falamos os rins, os olhos, os nervos, e o coração os pacientes que conseguem manter um bom controle da glicemia tem uma importante redução no risco de desenvolver tais complicações como já ficou demonstrado em varios estudos científicos. Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 não diagnosticados tem risco maior de apresentar acidente vascular cerebral, infarto do miocardio e doença vascular periférica do que pessoas que não tem diabetes, isso reforça a necessidade de um diagnóstico precoce que permita evitar tais complicações (25)

A adaptação da dieta aos hábitos alimentares preexistentes, sempre que possível, é a melhor conduta, pois, além do indivíduo, a família ficará mais integrada ao tratamento. Do ponto de vista econômico, o uso de alimentos já rotineiros e que sejam adequados oferece maior flexibilidade na escolha e impede a substituição por outros, às vezes impróprios e mais cara. (23)

No tratamento da diabetes mellitus, tem como parâmetro importante o controle metabólico com a utilização de terapias farmacológicas ou não (BOAS et al, 2012) terapias não farmacológicas são aquelas em que ha alteração nos hábitos alimentares e atividade física (BOAS et al 2012) Para um individuo diabético, a correção de seus hábitos alimentares juntamente com a prática regular de exercicios físicos, são fatores cruciais e tratamento inicial para o controle do diabetes mellitus conforme mostra estudio de BOAS e colaboradores (2012) (24) além do tratamento não medicamentoso baseado no controle dos fatores de riscos temos tratamento medicamentoso de acordo a sua classificação.

Biguanidas. Como a metformina. Sua principal ação é diminuir a gluconeogenesis hepática e não o de insulina sensibilizador, como acha a população. É o fármaco oral controlador da glicemia por excelência, e o que deveria utilizar todo paciente DM2 idealmente,

Salvo que exista alguma contraindicação, [Sulfonilureas](#). [clorpropamida](#) e [glibenclamida](#). Reduz a glicemia intensificando a secreção de insulina. Em ocasiões utiliza-se na combinação com a Metformina, [Meglitinidas](#). [repaglinida](#) E [nateglinida](#). Estimula a secreção de insulina. (23)

[Inibidores de \$\alpha\$ -glucosidasa](#). Reduz o índice de digestão dos polissacarídeos no intestino delgado proximal, diminuindo principalmente os níveis de glicose pós-prandial.

[Insulina](#). É O medicamento mais efetivo para reduzir a glicemia, além de que apresenta hipoglicemia como complicação frequente. Insulina é uma hormona responsável pela redução da glicemia, taxa de glicose no sangue, ao promover a entrada de glicose nas células esta é também essencial no metabolismo de sacarídeos, hidratos de carbono, na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios, gorduras, é produzida nas células betas das ilhotas de langerhans, do pâncreas endócrino, quando a produção de insulina é deficiente a glicose acumula se no sangue e na urina, destruindo as células por falta de abastecimento. DIABETES MELLITUS. (26) insulina é o tratamento mais natural para o diabetes já que nada mais é do que a reposição de um hormônio que o organismo normalmente produz e que esta em falta absoluta ou relativa. (27)

6. METODOLOGIA

Foi realizado um projeto de intervenção educativa na população diabética da Unidade Básica de Saúde da Família situada no município David Canabarro.

A área de abrangência da UBSF com um total de 1536 famílias, perto de 4683 pessoas, contendo 110 diabéticos cadastrados e trabalhamos com uma amostra de 87 pacientes.

O programa de diabetes terá como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes diabéticos de difícil controle ou mau controle metabólico e os casos novos, a intervenção foi desenvolvida em quatro etapas:

1-Cadastro dos diabéticos que foram selecionados pelo médico, enfermagem e agente comunitário de saúde, utilizando as mesmas possibilidades para cada área atendida por cada agente comunitário, selecionando de oito a nove pacientes de cada área.

2- Aplicação do questionário inicial de identificação de conhecimento a cada paciente individual.

A avaliação aplicada tem os seguintes limites:

- Se o paciente tem entre 90 – 100 o nível de conhecimento é alto, entre 70 – 89 é médio e se menor que 70 baixos.

3- Etapa de capacitação onde foram realizadas as atividades educativas, formadas por quatro oficinas temáticas, onde participaram enfermagem, médico, agente comunitário, grupos de apoio nutricionistas e psicólogo.

4- Avaliação final do entendimento dos pacientes, aplicando-se a mesma escala de avaliação da segunda etapa.

Foi adotado como **critérios de inclusão**: pacientes Dos dois sexos; que apresentarem diagnóstico médico de diabetes Mellitus, que estão cadastrados e acompanhados no programa de diabetes do posto de saúde da família e que são estratificados como pacientes com diabetes Mellitus, com difícil controle ou mau controle metabólico e também os pacientes diagnosticados no ano 2016, os quais afirmaram sua participação voluntária na intervenção.

Critérios de exclusão: pacientes acamados, pacientes com transtornos mentais.

A informação necessária foi coletada dos dados recolhidos das fichas de produção, prontuários, consultas ao SIAB e DATASUS, dados da Secretaria.

Municipal de Saúde e reuniões de equipes realizadas em o período de janeiro até julho de 2017. Foi aplicado um questionário que avaliou os conhecimentos iniciais dos pacientes sobre as doenças, principais sintomas, fatores de risco, complicações e tratamento.

Após isso foi realizadas atividades de educação em saúde do tipo palestras com o grupo de pacientes diabéticos. Estas foram planejadas em conjunto com médico, enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, nutricionista e auxiliar em farmácia, psicólogo, e foram levadas em conta as condições de vida e fatores de riscos comuns para as doenças. Sendo desenvolvidas em cinco encontros, com duração de 30 minutos.

Na primeira palestra foram apresentados os participantes do projeto, onde se explicou a proposta do mesmo e seus objetivos principais. Posteriormente foi aplicado o questionário avaliador de conhecimentos aos pacientes, explicando a

Importância do mesmo. O questionário foi elaborado com nove perguntas, tornando-se acessível a todos os pacientes, independente do grau de escolaridade. (Anexo1) foi feita a aplicação com a equipe presente, a fim de solucionar quaisquer dúvidas e garantir a coleta de todas as informações de interesse. A atividade continuou com a exposição sobre conceito e manifestações clínicas mais frequentes que foram expostos pelo médico.

A segunda palestra foi realizada pelo médico e o tema foi os fatores de riscos relacionados da diabetes Mellitus e sua prevenção. A atividade começou com um debate no qual os participantes identificaram alguns fatores de riscos que apresentavam. Depois foi desenvolvido o objetivo principal da palestra com apoio de material educativo onde foi abordado o tema dos fatores de risco modificáveis: como tabagismo, alcoolismo, maus hábitos alimentares.

O terceiro encontro se realizou uma palestra, com o tema sobre complicações mais frequentes na Diabetes Mellitus e o tratamento medicamentoso. Foi explicada a importância de cumprir o tratamento e não se esquecer de usar a medicação. O tema foi desenvolvido com o apoio de imagens e foram explicadas todas as dúvidas que os participantes apresentarem. O tema foi desenvolvido pelo médico, com apoio do resto da equipe.

No quarto encontro os palestrantes foram: a enfermagem, nutricionista, agente comunitária, médico e psicólogo, onde o objetivo fundamental foram as modificações dos modos e estilos de vidas, tema muito importante para o controle do Diabetes Mellitus. As atividades incluíam a participação através de relatos pessoais, e os pacientes conseguiram falar sobre a importância de lograr mudanças relacionadas a atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.

Para finalizar o encontro novamente foi aplicado o questionário inicial onde foi avaliado o grau de conhecimentos adquiridos pelos participantes durante as atividades educativas. (Anexo1)

7. RECURSOS NECESSÁRIOS:

Para a realização das atividades do projeto de intervenção, foram necessários diversos recursos, como:

Humanos: Equipe de saúde da família, **composto por nove agentes comunitárias, uma enfermagem, dois técnicos de enfermagem, um odontologista e uma auxiliar de saúde bucal, médico e nutricionista.**

Materiais: prontuário dos usuários; cadastro de pacientes diabéticos, ficha para a avaliação dos usuários; cartolinas; canetas piloto; cartilhas educativas; glicômetro capilar, folha.

Espaço físico e equipamento para realização dos grupos e palestras. **Esses foram realizados na sala de espera da ESF e/ ou casa da cultura da cidade por ser um local mais amplo.**

8. Cronograma.

ATIVIDADES	Jan. 2017	F e v . 2017	M a r . 2017	A b . 2017	M a i . 2017	Jun. 2017	Jul. 2017	Ago. 2017
Elaboração do projeto.	X	X						
Aprovação do projeto.		X	X					
Estudo de referência teórica-revisão bibliográfica.	X	X	X	X				
Coleta de dados	X	X	X	X				
Discussão e análise dos resultados				X	X	X		
Revisão final e digitação				X	X	X		
Divulgação dos resultados							X	X
Socialização do trabalho.							X	X

9. RESULTADOS ESPERADOS

A proposta do plano de ação proposto tem a vantagens de conhecer o grau de conhecimento dos pacientes sobre suas doenças e compartilhar com outros iguais todo o relacionado com estas e estabelecer propostas coletivas para a melhora de algumas questões que afetam a todos por igual. Espera-se aumentar a motivação da equipe a direcionar ações educativas a grupos específicos da comunidade de abrangência e deste jeito os pacientes tenderiam um maior conhecimento da doença e os fatores de riscos.

12. REFERÊNCIAS

1_Divisão territorial do Brasil, e limites territoriais. Instituto Brasileiro de geografia e estadística (IBGE), de julho de 2008, consultado em 11 de outubro de 2008.

2_ (IBGE) 10 de outubro 2002 área territorial oficial. Resolução da presidência do IBGE de no. 5 (R_PR_S.02). Consultado em cinco de dezembro de 2010.

3-Censo populacional 2010. Instituto brasileiro de geografia e estadística (IBGE) 29 de novembro de 2010. Consultado em 11 de dezembro de 2010.

4-Ranking decrescente do IDH_M dos municípios do Brasil atlas do desenvolvimento humano programa das nações unidas para o desenvolvimento (PNUD) 2000. Consultado em 11 de outubro de 2008.

5-Produto interno bruto dos municípios 2004_2008. Instituto brasileiro de geografia e estadística. Consultado em 11 de dezembro de 2010.

6-Marchezi, Genuir Luiz, David Canabarro sua tema, sua gente, sua historia. Porto Alegre. Est Edições, 2006.

7_, AM (2002 Apr History of diabetes Mellitus Saudi Med J. 2002 Apr;23 (4):373-8.

8- Nabipour, I. (2003). "Clinical Endocrinology in the Islamic Civilization in Iran". International Journal of Endocrinology and Metabolism 1: 43–45 [44–5].

9- LaPorte RE, Cruickshank's KJ. Incidence and risk factors for insulin-dependent diabetes. National Diabetes Data Group. Diabetes in America: diabetes data compiled 1984. NIH publication 85-1468.

10- Ferreira SRG, Franco LJ, Vivolo MA, et al. Population-based incidence of IDDM in the state of São Paulo, Brazil. *Diabetes Care* 1993; 16: 701-704.

11-Site da International Diabetes Federation. Disponível em: <http://www.idf.org/the-campaign/unite-for-diabetes/why-diabetes>.

12-Barzilav JI, Spiekerman CF, Wahl P, Kuller LH, Cushman M, Furberg CD et al. Cardiovascular disease in older adults with glucose disorders: comparisons of American Diabetes Association of diabetes mellitus with WHO criteria. *Lancet* 1999; 354:622-5.

13 - ADA, 2010, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPA, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2002)

14- SARTORELLI, D.S.; CARDOSO, M.A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes Mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* São Paulo, v.50, n. 3, p.415-416, junho 2006.

15- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMAN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes Mellitus e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de mortalidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43.suppl 2. P 74-82, abril 2009.

16- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes Mellitus/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

17-Harrison *Princípios de Medicina Interna* 16a edición (2006). «[Capítulo 338. Diabetes Mellitus](#)». *Harrison online en español*. [McGraw-Hill](#). Archivado desde [el original](#) el 28 de noviembre de 2015.

18-[OMS](#) (8 de marzo de 2015). [«Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: Report of a WHO/IDF consultation»](#)(en inglés)..

19- MedlinePlus (julio de 2008). [«Diabetes»](#). *Enciclopédia médica em espanhol*.

[20](#)-L M Tierney, S J McPhee, M A Papadakis (2002). *Current medical Diagnosis & Treatment. International edition*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. pp. 1203–1215. [ISBN 0-07-137688-7](#).

21-[World Health Organization](#) Department of Noncommunicable Disease Surveillance (2006).[«Diabetes»](#).

.22- [A diabetes ou O diabetes, Ciberdúvidas da Língua Portuguesa](#), 9 de novembro de 2004.

23- [A grafia de «diabetes mellitus» e do elemento insulino-](#), [Ciberdúvidas da Língua Portuguesa](#), 15 de abril de 2011.

24-[www.diabete.com.br/biblio/obeso/](#).HTM.

25-[www.endocrino.org.br_o que é diabetes](#).

26- vol. Insulina e diabetes. [http.pt Wikipédia.org.wiki.insulina](#).

27-[www.diabetes.org.br-insulina-no-diabetesmellitus-tipo 2-dez razoes - para não ter medo](#).

ANEXO 1.
QUESTIONARIO

I. Dados pessoais.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: _____ Raça/Cor: _____

Escolaridade: _____

Endereço: _____ Número

de pessoas que vivem no domicílio: _____

Ocupação: _____ Renda mensal média

familiar no último mês: _____

Medidas antropométricas

Peso: _____ Altura: _____ IMC-----

PA sistólica _____ X _____ PA diastólica

Perguntas a responder

2- Você recebeu informação sobre o cuidado da Diabetes alguma vez

----- sim

----- não

3- si você recebeu informação sobre os cuidados do diabetes marque com X a via pela qual recebeu

----- Médico

-----Enfermagem

-----Agentes comunitários

----- Radio

-----Televisão

-----Palestras

4- Marque com uma X os fatores de risco modificáveis da Diabetes.

-----História de diabetes em sua família

-----Uso de tabaco

-----Consumo de café

-----Sedentarismo.

-----Obesidade.

-----Raça

-----Sexo

-----Consumo de álcool

-----dieta gordurosa, rica em açúcar, e farinhas.

5-Pratica algum tipo de exercÍcios físicos? Sim () não () algumas vezes ()

6- Você consome comidas fritas ou gordurentas? Sim () não() algumas vezes()

7-Acostuma consumir bebidas alcoólicas todos os dias. Sim () não ().
Algumas vezes ()

8-Para o controle do diabetes só precisa do tratamento medicamentoso
-----sim
-----Não

9-para sua opinião quais são as complicações que pode se apresentar no paciente com diabetes.

- trombose cerebral
- infarto do coração
- gastrite
- Insuficiência cardíaca
- Diarreias
- Cefaleia
- Insuficiência renal
- LitÍases renal
- Cegueira
- Coma diabético

- Insuficiência circulatória periférica

