

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

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

Lucas Dorneles Santa Maria

**REFLEXÃO SOBRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PREVENÇÃO/PROMOÇÃO DA  
SAÚDE ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS NA ESF CIDADE NOVA EM  
URUGUAIANA/RS**

Porto Alegre/RS

2017

Lucas Dorneles Santa Maria

**REFLEXÃO SOBRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PREVENÇÃO/PROMOÇÃO DA  
SAÚDE ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS NA ESF CIDADE NOVA EM  
URUGUAIANA/RS**

Trabalho de conclusão de curso de especialização  
apresentado à Universidade Aberta do SUS/  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
Alegre como requisito parcial para a obtenção do título  
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Picoli Benvenuti.

Porto Alegre/RS

2017

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>20</b>
	<b>APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este portfólio tem a intenção de abordar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante um ano de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Programa de Valorização do Profissional em Atenção Básica (PROVAB), conjuntamente com as atividades do curso de especialização em saúde da família desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNASUS/UFSCPA).

Sou graduado em medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em dezembro de 2015. Iniciei minhas atividades profissionais na ESF Turíbio Verissimo, localizado na cidade de Cruz Alta, em fevereiro de 2016. Ingressei no PROVAB em maio de 2016 na ESF III, localizado no bairro cidade nova, em Uruguaiana, minha cidade natal.

Uruguaiana está situada na microrregião da campanha ocidental, limitando-se ao norte pelo município de Itaqui, ao sul com a República Oriental do Uruguai, ao leste com Alegrete e Quaraí e a oeste com a República Argentina. Sua área é de 5.452 Km<sup>2</sup>, com uma população de 125.507 habitantes e IDH 0,744 (IBGE, 2010). Sua etnia foi originada por grupo nômades indígenas e posteriormente os elementos colonizadores foram os espanhóis, portugueses e africanos. As correntes migratórias modernas são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes (PORTAL URUGUAIANA, 2016).

Distante 634 Km da capital do estado, com acessos pela BR 290 e BR 472, a sua principal atividade econômica é agropecuária, com sua extensa lavoura de arroz e gado de corte e reprodução. Um dos seus bairros, cidade nova, possui uma ESF. No bairro encontra-se, também, 1 mercado, 1 padaria, 1 escola de ensino fundamental, 1 escola de ensino médio, 2 igrejas (1 igreja adventícia, 1 igreja evangélica) e uma associação de moradores que fica ao lado da estratégia.

É um bairro periférico da cidade que é dividida em 8 microrregiões, sendo duas dessas microrregiões formada por invasão de moradores pelo Movimento dos Trabalhadores Sem Teto. Nessas duas microrregiões não há agentes de saúde e são as duas aéreas consideradas mais violentas com tráfico de drogas, prostituição e desmanche de carros, segundo informações dos agentes de saúde. As outras 6 microrregiões não ocorrem esses problemas e são consideradas mais tranquilas pelos agentes e moradores.

A Estratégia de Saúde da Família Cidade Nova (ESF III) conta com 4.812 moradores, representando 3,83% da população de Uruguaiana. Com uma população, predominantemente,

feminina (51,21%) e de idade entre 15 a 64 anos (65,8%), apresenta 472 pacientes diabéticos (SIAB, 2015).

A equipe da estratégia é formada por 1 médico clínico geral, 1 enfermeira, 1 dentista, 3 técnicas de enfermagem e 6 agentes de saúde.

A agenda dos profissionais e da equipe foi reorganizada para atender às múltiplas demandas de sua área de abrangência, desde o atendimento clínico agudo até a programação para acompanhar o seguimento do cuidado de indivíduos e grupos específicos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e com a comunidade.

Uma das dificuldades encontradas na ESF III e a organização de uma agenda equilibrada com a formação de grupos específicos.

O projeto de intervenção, em apêndice, tem como objetivo uma proposta de reorganização do modelo assistencial vigente a fim de garantir o acolhimento resolutivo e o atendimento as pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus.

Para tanto, propõem-se uma mudança no agendamento das consultas médicas, reorganizadas para nove agendamentos de 20 minutos por período de quatro horas, sendo que em qualquer dia da semana a primeira hora da manhã e da tarde foram destinadas às demandas diárias; o restante do tempo foi reservado para visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades coletivas.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o diabetes mellitus (DM) se destaca pela sua morbimortalidade e como fator de risco para patologias do aparelho circulatório. O acompanhamento periódico, desse grupo de pacientes, com a finalidade de atender de forma integral as suas necessidades, conforme às diretrizes gerais determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi o escolhido.

A ESF III, cidade nova, em que estou em atividade não possuía uma agenda padrão e foi reorganizada uma após conversa com a equipe e representantes da comunidade. Há no primeiro horário da manhã e da tarde o acolhimento dos pacientes que serão atendidos, aqueles com situações agudas que não haviam marcado consulta, em média 2 ou 3 pacientes. Isso, no entanto, não impede o acolhimento após esse horário que seria das 7 e 30 até as 8 e 30. A marcação de consulta é realizada todas as sextas-feiras. A partir das 8 e 30 ou antes, dependendo do número de paciente atendidos no acolhimento, começa o atendimento dos pacientes agendados (9 pacientes agendados). Iniciou-se a formação de grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. A reunião da equipe é realizada a cada 15 dias, após a visita domiciliar nas quartas-feiras.

A ESF III, até o ano passado, era unidade básica e não estratégia, por isso, houve dificuldade da implementação dessa agenda inicialmente. O acolhimento é, basicamente, composto por pacientes com dores crônicas ou casos de rinossinusites.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Vera e Samuel, pacientes dos casos complexos do eixo 2, são exemplos de pacientes atendidos no grupo de atividades coletivas que ocorre na ESF III, desde novembro de 2016, através da proposta do projeto de intervenção de acompanhar pacientes diabéticos através da formação de um grupo com atendimento semanal.

Um exemplo disso é o paciente S. A. K. da micro-área da agente A. C. T. atendido em 4 momentos.

O paciente foi atendido pela primeira vez em 7 de novembro de 2016 no grupo semanal para diabéticos. S. A. K. tem 66 anos, diabético sem aderência ao tratamento. O paciente relatou que iniciou tratamento para diabetes anos antes, mas abandonou o tratamento e gostaria de voltar a tomar as medicações. O paciente não sabia as medicações prescritas e não possuía receita antiga das medicações utilizadas. Em seu prontuário constava última consulta há 2 anos com as seguintes informações: paciente não possuía alergia a medicamentos, medicamentos em uso: aas 100mg 1cp vo ao meio dia, glibenclamida 5mg 1co vo antes do café e janta, omeprazol 20mg 1co vo 30 minutos antes do café.

Ao exame físico apresentava PA 130/70mmHg, hgt 220, peso 90 kg, circunferência abdominal de 103 cm, IMC 31,14, sem linfonodos palpáveis ou edema de membros inferiores. Sem alterações no restante do exame físico.

Inicialmente, o paciente recebeu orientações em relação a mudanças no estilo de vida, foi renovado as medicações conforme o prontuário, aplicado o questionário padrão do projeto de intervenção e solicitado exames laboratoriais.

O questionário padrão do projeto de intervenção obteve os seguintes resultados: o paciente apresentava mais de 4 anos de diagnóstico da doença, apresentava um genitor com a doença (pai), nunca foi hospitalizada por causa do diabetes, não apresentava problemas nos olhos ou rins por causa do diabetes, nunca apresentou sintomas compatíveis com infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico, não estava realizando dieta ou praticando atividade física e não fazia uso de medicações para diabetes.

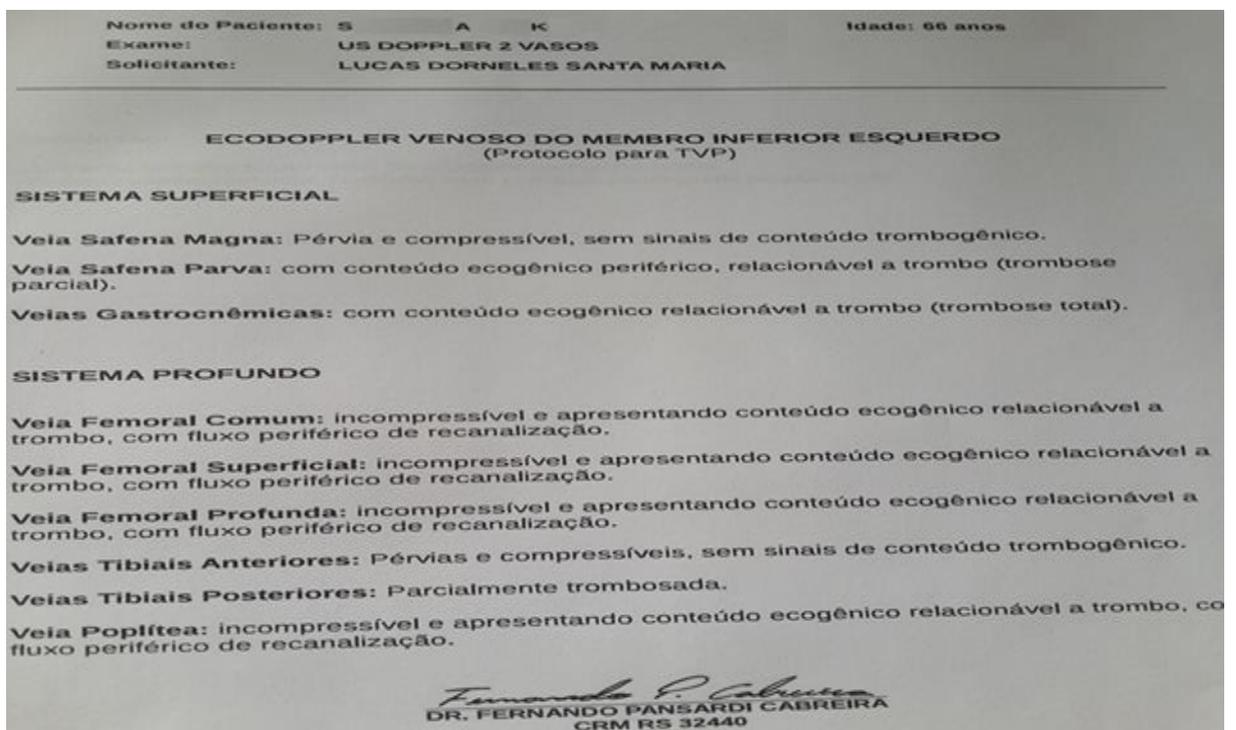
No dia 1 de dezembro de 2016, o paciente retorna a ESF solicitando atendimento, através do acolhimento, por dor e edema em membro inferior esquerdo há 3 dias. Durante a consulta, o paciente relatou que acordou com dor, tipo choque, insidiosa há 3 dias em perna esquerda, com alívio parcial com uso de paracetamol e após iniciou o edema há 1 dia. Ao exame físico apresentava PA 150/90 mmHg, hgt 176, peso 91 Kg, circunferência abdominal de 103

cm, IMC 31,49, sem linfonodos palpáveis, edema de membros inferiores (2/4), dor a palpação em panturrilha esquerda. Sem alterações no restante do exame físico.

Foi solicitado ecodoppler de membro inferior esquerdo, com hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda, e prescrito paco (paracetamol 500mg+coidena 30mg) 1cp vo 8/8h para dor.

O paciente retornou, no outro dia, com o resultado do exame solicitado (Figura 1) com posterior encaminhado para o pronto atendimento da cidade por trombose venosa profunda.

**Figura 1:** Ecodoppler venoso do membro inferior esquerdo confirmando a trombose venosa profunda.



**Fonte:** Centro de diagnóstico por imagem.

No grupo de atendimento semanal do dia 03 de janeiro de 2017, o paciente retorna à consulta para mostrar os exames solicitados no dia 7 de novembro de 2016 e relata que estava sendo medicado com xarelto 10mg 1cp vo dia após alta hospitalar além das medicações prescrita antes. O paciente não apresentava mais dor e edema em membro inferior esquerdo. Ao exame físico apresentava PA 120/70mmHg, hgt 140, peso 88 kg, circunferência abdominal de 103 cm, IMC 30,45, sem linfonodos palpáveis ou edema de membros inferiores. Sem alterações no restante do exame físico.

Ao exame laboratorial apresentava glicemia de jejum de 165, hemoglobina glicada de 7,7, colesterol total de 253, hdl 45, ldl 153, triglicerídeos de 241, creatinina de 0,86, clearance de creatinina 105,17mL/min.

Foi acrescentado ao esquema terapêutico metformina 500mg 1cp vo 12/12h após as refeições, sinvastatina 40mg 1cp vo à noite além das medicações já prescritas. Foi encaminhando o paciente para o oftalmologista para realização do exame de fundo de olho e plano do paciente retornar à consulta em 3 meses.

O DM faz parte de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante da alteração da ação ou da excreção da insulina pelo pâncreas de forma parcial ou total (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prevalência de DM apresenta um crescimento contínuo, com 5,5% em 2006 e 6,9% em 2013, com elevação conforme a idade, atingindo mais de 20% das pessoas acima de 65 anos (BRASIL, 2013a).

Nas duas últimas décadas, a mortalidade por diabetes na população brasileira, com idades entre 30 e 70 anos, aumentou 8%. Entre os idosos, esse aumento foi maior, correspondendo a 18% (LIMA COSTA ET AL, 2012).

As complicações relacionadas à DM podem ser agudas, como a hipoglicemia e a hiperglicemia; e crônicas, como alterações microvasculares, macrovasculares e neuropáticas, o que gera impacto direto na qualidade de vida da pessoa com diabetes (GROSSI, 2009).

O tratamento é voltado para a manutenção das taxas glicêmicas o mais próximo dos padrões de normalidade estabelecidos, por meio da associação de medicamentos orais e/ou insulinas, automonitoramento glicêmico, adequação da alimentação e atividades físicas regulares (CYRINO, 2009).

Cerca de 9% dos gastos com internações hospitalares na rede pública brasileira são atribuídos ao diabetes. Parcela importante das complicações da doença pode ser evitada por meio da atenção primária oportuna e de qualidade (ALFRADIQUE ET AL, 2009).

As DCNT, como o DM, pressupõem um cuidado longitudinal que gera, para os usuários, a necessidade de manterem contato com os profissionais de saúde por um período muito longo, com frequência variável de interação e da intensidade dos cuidados (ARAÚJO, 2014).

No atendimento diário, percebe-se a singularidade da adaptação dos usuários após o diagnóstico de diabetes, pelo contexto adverso e controlador da mudança em sua vida, com cuidados relacionados à patologia (CASTRO, 2012).

O MS considera que os "hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre o qual pode ser acrescido ou não o tratamento farmacológico. Esses hábitos incluem a

atividade física regular, a alimentação saudável e o controle do peso, além de evitar o fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2013b).

Se a pessoa não alcançar a meta glicêmica em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a metformina no plano terapêutico. A introdução mais precoce pode ser considerada em alguns pacientes que não respondem ao tratamento, com ou sem excesso de peso. A escolha desta medicação como primeira opção terapêutica deve-se ao seu perfil de segurança em longo prazo, efeito neutro e até mesmo de redução do peso, ausência de hipoglicemias e sua capacidade de reduzir eventos cardiovasculares. A metformina pode reduzir a incidência de infarto agudo do miocárdio em 36% e mortalidade em 32% (SAENZ ET AL, 2005; HOLMAN ET AL, 2008; DUNCAN, 2013).

A metformina aumenta a captação da glicose e sua utilização na musculatura esquelética, reduzindo a resistência à insulina, e diminuindo a produção hepática de glicose (RANG ET AL, 2016). Além de reduzir o nível da glicemia, com uma redução média de 1,5% em média na Hb1Ac, a metformina também diminui os triglicerídeos, provoca pequena diminuição do LDL e aumento muito modesto no HDL (MCCULLOCH, 2011). Revisão sistemática da Cochrane, envolvendo 29 ensaios clínicos com mais de 5 mil pacientes, comparando a metformina com outros antidiabéticos, insulina, dieta ou placebo, mostrou diminuição da mortalidade por todas as causas e de infarto do miocárdio em pessoas com obesidade ou com sobrepeso (SAENZ ET AL, 2005).

Recomenda-se iniciar metformina em doses baixas (500 mg ou 1/2 comprimido de 850 mg), única ou duas vezes ao dia, durante ou após as refeições (café da manhã e/ou jantar) para prevenir sintomas gastrointestinais. Após cinco a sete dias, caso não surjam efeitos adversos, a dose poderá ser aumentada para 850 mg a 1.000 mg ao dia. Na presença de efeitos gastrointestinais, a dose poderá ser diminuída e, em outro momento, uma nova tentativa de aumentá-la poderá ser feita. A dose efetiva é geralmente 850 mg, duas vezes ao dia, com modesto aumento da efetividade acima de 2,5 g ao dia. As contraindicações para o uso de metformina têm se reduzido com a maior experiência de uso, mas mantém-se a contraindicação em pacientes com insuficiência renal (filtração glomerular <30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) (DUNCAN ET AL, 2013).

No processo de acompanhamento do paciente no caso clínico descrito, foi sugerido as recomendações dos estudos citados ao paciente, como: mudanças do estilo de vida, orientações higienodietéticas e, acrescido, as medicações já utilizadas, metformina, por apresentar

diminuição da mortalidade, em baixa dosagem, para tentar evitar efeitos adversos, principalmente, gastrointestinais.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é considerada um indicador das condições de saúde de uma população, podendo ser calculada através de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) de cada localidade. O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é medido pelo número de óbitos de crianças ocorridos antes de um ano de idade. Vários fatores determinam este resultado, entre eles, as condições biológicas, condições ambientais e as relações sociais (FRIAS ET AL, 2011).

O Brasil é um dos 62 países que alcançaram a meta de redução da mortalidade infantil, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos do Milênio em 2015 (UNICEF, 2015).

De 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil. Há 25 anos eram registradas 61 mortes para cada mil crianças menores de um ano. O número caiu para 16 mortes para cada mil após esse período (BRASIL, 2015).

O estado do Rio Grande do Sul registrou, em 2015, a menor taxa de mortalidade infantil da sua história 10,1 (NIS/SES-RS, 2015).

O município de Uruguaiana, que em 2003 atingiu a taxa de 30,3 % (76 mortes no ano), em 2015 contava com a taxa de 11,9 % (19 mortes), a menor da sua história. (SIAB, 2015).

Um dos fatores atribuídos a essa diminuição do CMI foi a imunização. Em 2014, 90,8% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia em Uruguaiana. Entre outros fatores, em conversa com a secretária de saúde, Saioanara dos Santos, aponta a adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e ao PROVAB, onde todas as unidades contam com médico atuando em 8 horas diárias, atendendo o pré-natal e as crianças e o acompanhamento do preenchimento das carteiras de gestantes.

Os filhos de Alessandra, do caso complexo 19 do eixo 2, são exemplos de pacientes atendidos na ESF III, cidade nova. Um escolar e um adolescente.

Uma grande parte dos acolhimentos, que são atendidos como demanda espontânea, são escolares com sintomas sinonasais e suas doenças afins, como a rinite e a rinossinusite.

O estudo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (SOLÉ ET AL, 2007) revelou uma tendência ascendente de prevalência da rinite em crianças brasileiras, com percentuais que aumentaram de 10,3 para 17,4% entre crianças de 6-7 anos, e de 8,9 para 28,5% entre crianças de 13-14 anos, entre 1996 e 2002 (UCHOA ET AL, 2016).

O início das manifestações clínicas da rinite alérgica ocorre mais comumente durante a infância, embora essas possam ser iniciadas mais tardiamente em até 30% dos pacientes. Os pacientes podem apresentar sintomas como espirros, rinorreia, prurido, obstrução nasal, dor facial e tosse, além de fadiga, transtornos do humor e da cognição e sintomas oculares, tais como prurido e hiperemia conjuntival, os quais se resolvem espontaneamente ou por meio de tratamento (CASTRO ET AL, 2013).

A sensibilização alérgica dos indivíduos depende da interação entre os fatores genéticos e ambientais, bem como das condições climáticas e os aspectos culturais locais. Sendo assim, o conhecimento desses perfis regionais é importante para traçar medidas de controle ambiental. A realização de uma história clínica completa continua sendo a melhor ferramenta para o diagnóstico de rinite alérgica (SOARES ET AL, 2007).

Desse modo, foi iniciado a investigação de sintomas de rinorreia aquosa e espirros frequentes no paciente P. S. M. de 6 anos de idade atendido no dia 13/12/2016 como acolhimento. O paciente foi levado a consulta por sua mãe, A. S. M. de 23 anos. O paciente apresentava as vacinas em dia. A mãe, tabagista ativa 15 maços/ano, relatava que o paciente apresentava os sintomas desde os 4 anos de idade com piora progressiva desde a mudança da família para a atual casa de madeira há 3 meses. Ao exame físico apresentava peso e altura compatível com a idade, sem linfonodos palpáveis, ausculta pulmonar com roncocalar de transmissão. Sem alterações no restante do exame físico. Na história ambiental, foi verificado a presença de tapete, cortinas e convívio com animais de pelo. Foi solicitado exames laboratoriais para o paciente, medicado com desloratadina xarope 0,5mg/ml 2,5ml vo ao dia e ambroxol 15mg/5ml 5ml vo 8/8h e orientado a mãe do paciente em relação as medidas de controle da doença, como: evitar travesseiro e colchão de pena ou espuma; os dormitórios devem ser, preferencialmente, bem ventilados e ensolarados; evitar tapetes, carpetes, cortinas e almofadões; combater o mofo e a umidade; evitar o uso de vassoura, espanadores e aspiradores de pó comum; evitar tabagismo passivo; roupas e cobertores devem ser lavados e secados ao sol antes do uso e evitar animais de pelo e pena.

Um outro caso é o adolescente de 17 anos, T. S. C. atendido na ESF no dia 05/01/2017, com queixa de aumento do volume mamário desde os 13 anos, previamente hígido. Na região do tórax apresenta ginecomastia bilateral com completo desenvolvimento mamário, na palpação revela parênquima normal, ausência de descarga papilar. Linfonodos axilares ou supra claviculares não palpáveis. Restante do exame físico geral sem alterações. O paciente relatava aumento de volume mamário progressivo, sem investigação. Foi solicitado exames laboratoriais e ultrassom das mamas e testículos. Após 2 semanas, paciente retorna para

consulta de retorno com resultado dos exames laboratoriais com posterior encaminhamento para serviço de mastologia da cidade.

Foi solicitado ultrassom de mamas e testículos e os seguintes exames laboratoriais (beta HCG, estradiol, LH, prolactina, TSH, T4L, testosterona total). Os exames laboratoriais estavam dentro dos limites de normalidade. O ultrassom de mamas e testículos não apresentavam alterações. O paciente foi encaminhado para o serviço de mastologia da cidade para correção cirúrgica, em vista que o paciente apresentava mais de dois anos de ginecomastia e o tratamento, com o consentimento do paciente, e retirada de tecido glandular mamário.

Ginecomastia é o crescimento benigno da mama masculina devido à proliferação do componente glandular. É um achado clínico comum, geralmente de origem idiopática ou relacionado à puberdade normal, que pode ser encontrado, incidentalmente, ao exame clínico, ou pode se apresentar como uma massa sensível, dolorosa, uni ou bilateral, sob a região areolar, com ou sem aumento progressivo. Estudos mostram uma prevalência elevada da ginecomastia, entre 30% a 50% dos homens saudáveis, podendo chegar a 69% no período puberal, 65% nos idosos e acima de 70% nos idosos hospitalizados. Existem três picos distintos de distribuição etária da ginecomastia considerados fisiológicos. O primeiro é encontrado no período neonatal, no qual o tecido mamário, palpável transitoriamente, se desenvolve em 60% a 90% de todos os recém-nascidos devido à passagem transplacentária de estrógenos. Pode ou não estar associada com a produção de leite e, regride completamente até o final do primeiro ano de vida (ATABEK, 2013).

O segundo pico ocorre durante a puberdade, em cerca de 40% dos adolescentes, com crescimento benigno da mama na idade aproximada de 10 anos, com pico entre os 13 e 14 anos, seguido por um declínio durante os últimos anos do período puberal. Geralmente desaparece, espontaneamente, dentro de 3 anos. É bilateral em 85% dos casos, e usualmente menor que 4 cm de diâmetro. A forma mais severa, denominada macromastia puberal (tecido mamário acima de 4 cm), pode persistir na idade adulta, sendo mais comumente associada a uma endocrinopatia subjacente. A maioria dos indivíduos que procura atendimento apresenta ginecomastia idiopática (aproximadamente 25%), ginecomastia aguda ou persistente devido à puberdade (25%), uso de medicamentos (10% a 20%), cirrose ou desnutrição (8%) ou hipogonadismo primário (8%). Um menor número tem tumores testiculares (3%), hipogonadismo secundário (2%), hipertireoidismo (1,5%) ou doença renal (1%) (KRVSIAK, 2012).

Em adolescentes saudáveis, no início do estirão puberal, que apresentam massa firme ou elástica, subareolar e bilateral, sem uso de drogas ou evidência de outra patologia, o diagnóstico provável é de ginecomastia puberal. Não são necessários exames laboratoriais,

devendo-se dar segurança ao adolescente de que a mama irá desaparecer em um período de seis meses a um ano e agendando-se avaliações periódicas para acompanhamento individualizado. Se houver aumento significativo ( $\geq 4\text{cm}$ ), com repercussão psíquica importante, e nenhuma evidência de regressão espontânea, deve-se considerar tratamento. Se há uso de drogas, devem ser descontinuadas, e o paciente, reavaliado em um mês. Após esse período, o quadro deve entrar em regressão. Se forem afastados ginecomastia puberal, uso de droga e doença hepática ou renal, então é desejável um estudo diagnóstico endocrinológico. É importante dosar gonadotrofina coriônica humana (HCG), hormônio luteinizante (LH), testosterona e estradiol, além de outros hormônios, como o hormônio estimulante da tireoide ou tireoestimulante (TSH) e a prolactina. Se necessário, considerar o ultrassom testicular, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética adrenal. Em caso de suspeita de tumor de mama, fazer mamografia e biópsia por agulha fina. Raios X de tórax e tomografia computadorizada de tórax e abdômen devem ser realizados no rastreamento de tumores produtores de HCG e de outros hormônios (CORDOVA ET AL, 2008).

A maioria dos adolescentes com ginecomastia puberal, particularmente em graus leves a moderados, não requer tratamento, devendo-se apenas assegurar a transitoriedade do processo, com regressão quase sempre total em seis meses a um ano. A explicação fisiológica do processo ajuda na compreensão, diminuindo a ansiedade. O adolescente precisa de esclarecimento e apoio emocional, podendo haver necessidade de acompanhamento da saúde mental. É preciso estar atento a problemas na escola, pois o aluno afetado pode ser humilhado, sendo importante, por vezes, a equipe de saúde e a escola trabalharem em conjunto para que o jovem não venha a perder o ano escolar (BRAUNSTEIN, 2007).

Na ginecomastia presente por mais de dois anos, a terapia medicamentosa pode não ser mais eficaz e a cirurgia pode ser o único tratamento útil. Se a ginecomastia está presente por vários anos, com desconforto para o paciente, o tecido glandular mamário deve ser removido cirurgicamente (LADIZINSKI ET AL, 2014).

Nos casos apresentados, para o acolhimento das necessidades e acesso ao cuidado junto ao escolar e adolescente, pautados pelos princípios éticos de beneficência e de respeito a autonomia, o estabelecimento do vínculo de confiança faz-se necessário. Para tanto, é importante não somente ouvir com atenção, mas também apreender aspectos de difícil expressão verbal, possibilitando uma atitude acolhedora e compreensiva para com o paciente.

#### **4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extraunidade de saúde (MACHADO, 2010).

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (MENDES, 2011).

No Brasil, a denominação VD remete à ESF, que viabiliza a Atenção Primária à Saúde e assume papel fundamental na organização do trabalho de suas equipes. Para a realização dessa atividade, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação (ANDRADE, 2014).

Como proposta de trabalho, desde o início das minhas atividades na ESF III, a organização de uma agenda padrão, ocorreu um delineamento das visitas.

Inicialmente, durante as reuniões da equipe, foi solicitado que os agentes de saúde realizassem uma lista dos pacientes acamados, com dificuldade de deambulação e com doenças crônicas em tratamento. Ficou acertado que seriam realizadas 6 visitas por semana, todas às quartas-feiras à tarde, da seguinte maneira: 4 pacientes agendados por meio de cuidados continuados e 2 pacientes agendados que solicitassem visita por meio dos seus familiares ou agentes de saúde. Essas eram marcadas em um caderno em que constava o nome do paciente, o motivo da consulta, o agente de saúde do paciente, a data do pedido da consulta e o endereço do paciente. Essa organização foi necessária uma vez que a prefeitura da cidade não disponibilizava veículo para a realização das visitas e as visitas eram realizadas por veículo pessoal. Tentava-se, assim, realizar as visitas nos endereços mais próximas entre si na mesma semana.

Em uma dessas visitas, no dia 30/10/2016, os familiares da paciente E. L. M. de 74 anos, solicitaram visita domiciliar após queda da própria altura da paciente. Em seu prontuário, constava última consulta a mais de 1 ano. A paciente era hipertensa e diabética em uso de hidroclorotiazida 25mg 1cp vo manhã, losartana 50mg 1cp vo 12/12h, metformina 850mg 1cp vo 8/8h após as refeições, sinvastatina 20mg 1cp vo à noite e ASS 100mg 1cp vo ao meio dia.

Durante a visita, a paciente relatava que tropeçou ao estender roupa no varal e caiu de costas apoiando a queda no braço esquerdo há 2 dias. Desde então, a paciente relatava dor no ombro e em região dorsal com alívio parcial com ibuprofeno 600mg 1cp vo 12/12h. Foi renovado as receitas da paciente e acrescentado, as medicações utilizadas, carbonato de cálcio + vitamina D (500mg+400UI) 1cp vo manhã e paco 1cp vo 12/12h e solicitado radiografia de ombro, com hipótese diagnóstica de ombro doloroso, e coluna lombossacra, com hipótese diagnóstica de lombocitalgia.

Após 4 dias da visita, os familiares da paciente solicitam acolhimento para mostrar o resultado dos exames solicitados (figura 2). A paciente foi encaminhada ao pronto atendimento da cidade para realização de redução cirúrgica por luxação em ombro esquerdo após resultado dos exames.

**Figura 2:** resultado da radiografia da paciente demonstrando luxação do ombro esquerdo.



**Fonte:** Centro de diagnóstico por imagem.

O envelhecimento proporciona mudanças graduais e inevitáveis no ser humano. Durante esse processo, algumas condições são capazes de desencadear progressivo comprometimento funcional. As modificações observadas ao longo dos anos podem ocasionar crescente vulnerabilidade e maior suscetibilidade às doenças (CIOSAK, 2011).

As particularidades do envelhecimento apresentaram maior relevância a partir do aumento da proporção de idosos observado na população geral em todo o mundo. Essas

alterações demográficas associam-se a transformações sociais e econômicas importantes. Também imprimem mudanças no perfil epidemiológico, especialmente pelo aumento das DCNT, que são mais comuns nas faixas etárias mais avançadas (LIMA-COSTA, 2012).

Dentre outros problemas que afetam esses indivíduos, são comuns as queixas de instabilidade postural. Metanálise publicada em 2012 (GILLESPIE ET AL, 2012) referiu prevalência de 3% de quedas em idosos, sendo que a maioria delas poderia ser prevenida ou controlada. Estão implicados como fatores de risco para quedas em idosos as doenças musculoesqueléticas, alterações metabólicas, depressão, doenças vestibulares, neurológicas, cardiovasculares, assim como situações como sedentarismo, polifarmácia e grande número de comorbidades (GARDEN, 2014).

Percebe-se, assim, que o crescimento da população idosa, aliado à demanda de ocorrências de natureza traumática, representa novos desafios para os serviços, especialmente no âmbito pré-hospitalar, decorrente das especificidades que o idoso possui, que o tornam mais vulnerável aos eventos traumáticos e suas consequências, com o necessário acesso a um sistema de saúde universal e de qualidade, estruturado para atender essa realidade (SANTOS, 2015).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

No período de estudo concomitante com as atividades laborais realizadas houve sempre a preocupação da organização da ESF.

Desde os primeiros dias da minha chegada na ESF III, a reivindicação da população de abrangência e os funcionários da estratégia era com relação ao modo de como seriam realizados o acolhimento e a organização da agenda profissional.

A estratégia passava por mudanças na equipe (troca de agentes e enfermeira) e era difícil a aceitação da população em relação ao acolhimento. Até a minha chegada na estratégia, não existia profissional médico por 3 meses e havia uma demanda reprimida por atendimentos. Era realizado 12 atendimentos por turno, como um pronto-atendimento limitado, sem formação de grupos ou reunião de equipe. A maior cobertura, dos indivíduos que utilizam a ESF, até então, reforçava a ideia na porta de entrada do SUS como sendo o serviço que constitui em demanda espontânea.

Primeiramente, houve reuniões entre a equipe e representantes da comunidade para que em conjunto fosse organizado o modo operante da estratégia. Após isso, deu-se início as atividades.

A viabilização do acesso nos usuários (não em patologias e/ou parâmetros fisiopatológicos) permitiu uma melhor compreensão do sofrimento, principalmente dos mais vulneráveis, e uma adequada resposta às necessidades em saúde das pessoas. A organização do processo de trabalho visava a atenção aos adoecidos, por meio de um acesso facilitado ao cuidado longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção.

Além disso, tentou-se a capacitação da equipe, durante as reuniões, para implementar ações educativas junto à população no sentido de difundir informações sobre os principais agravos à saúde, com destaque nas estratégias de promoção da saúde e controle dos fatores de risco das DCNT, para que fosse ampliado as possibilidades de autocuidado e deliberação dos indivíduos sobre os diversos determinantes de sua saúde.

Diagnósticos comunitários de saúde são importantes para a compreensão das características de doenças em populações específicas, exigem tempo reduzido para coleta de dados e análise, além de apresentarem baixo custo. Assim, surgiu a ideia do projeto de intervenção.

Foi organizado grupos semanais com os agentes de saúde em que cada semana um agente de saúde levava 12 pacientes da sua micro-área hipertensos ou diabéticos para acompanhamento e não apenas renovação de receitas como ocorria antes.

Uruguaiana, não diferentemente de outras cidades do país, enfrenta dificuldades em relação a manutenção dos seus serviços de saúde. O único hospital da cidade, a Santa Casa de Uruguaiana, apresenta atraso salarial dos seus funcionários há 6 meses. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mesmo pronta e equipada há mais de 2 anos não abriu suas portas, ficando mais distante da comunidade, por falta de recursos financeiros. As medicações, que constam na relação municipal de medicamentos essenciais de 2015, última edição, frequentemente estão em falta. A estratégia, por exemplo, ficou 2 meses sem solução fisiológica 0,9% e material para curativos.

Apesar das dificuldades, as populações menos favorecidas são as que mais necessitam de políticas públicas que objetivem o melhoramento das suas condições de vida. As dificuldades para realizar práticas de saúde que estejam de acordo com os conhecimentos científicos estabelecidos e suas correlações com as condições inadequadas devem ser compreendidas para serem modificadas.

Por fim, o Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS/UFCSPA passou a ser um aprendizado na construção da minha competência médica, proporcionando uma mudança na formação profissional, realizada durante os 6 anos de faculdade na UFSM, e o cuidado a saúde das pessoas da comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ANDRADE, Ademilde Machado et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014.

ARAUJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

ATABEK, Mehmet Emre. Gynecomastia in puberty is usually asymptomatic and regresses spontaneously. **Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism**, v. 26, n. 5-6, p. 605-605, 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2013 - Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRAUNSTEIN, Glenn D. Gynecomastia. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 12, p. 1229-1237, 2007.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de; THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CASTRO, Therezita Maria Peixoto Patury Galvao; Marinho, Diogo Ramalho Tavares; Cavalcante, Camila Carvalho. A influência de fatores ambientais na qualidade de vida e na sintomatologia de crianças com rinite alérgica. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 79, n. 5, p. 569-574, 2013.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011.

CORDOVA, Adriana; MOSCHELLA, Francesco. Algorithm for clinical evaluation and surgical treatment of gynaecomastia. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 61, n. 1, p. 41-49, 2008.

CYRINO, Antônio Pithon. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: Editora Unesp, v. 1, p. 230, 2009.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.

FRIAS, Paulo Germano de; SZWARCOWALD, Célia Landman; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Estimacão da mortalidade infantil no contexto de descentralizacão do sistema único de saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 463-470, 2011.

GARDEN, Clóris Regina Blanski et al. Characterization of elderly accident victims due to external causes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 463-70, 2014.

GILLESPIE, Lesley D. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 9, n. 11, 2012.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: Editora AC Farmacêutica, 2009.

HOLMAN, Rury R. et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 15, p. 1577-1589, 2008.

IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240&search=rio-grande-do-sul|uruguaiana>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

KRYSIK, Robert; OKOPIEN, Boguslaw. Gynecomastia. **Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego**, v. 32, n. 189, p. 187-193, 2012.

LADIZINSKI, Barry et al. Gynecomastia: etiologies, clinical presentations, diagnosis, and management. **Southern Medical Journal**, v. 107, n. 1, p. 44-49, 2014.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. **Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010)**. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Saúde Brasil, p. 209-26, 2012.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Changes in ten years of social inequalities in health among elderly Brazilians (1998-2008). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 100-107, 2012.

MACHADO, Leane de Carvalho. **A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE**. 2010 [dissertação]. Aracaju (SE): Universidade Tiradentes, 2010.

MCCULLOCH, David. **Initial management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

**NÚCLEO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**, 2015. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/10056/?Rio\\_Grande\\_do\\_Sul\\_registra\\_a\\_menor\\_taxa\\_de\\_mortalidade\\_infantil\\_da\\_hist%C3%B3ria](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/10056/?Rio_Grande_do_Sul_registra_a_menor_taxa_de_mortalidade_infantil_da_hist%C3%B3ria)>.

Acesso em: 23 fev. 2017.

**PORTAL URUGUAIANA**. Disponível em: <[http://www.uruguaiana.rs.gov.br/pmu\\_novo/historia](http://www.uruguaiana.rs.gov.br/pmu_novo/historia)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

RANG, Humphrey Peter et al. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SAENZ, Antonio et al. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. **The Cochrane Library**, 2005.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DINIZ, Marina Aleixo. Trauma in the elderly caused by traffic accident: integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 162-172, 2015.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**, 2015. Disponível em:<[http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=432240224710\\_0&VListar=1&VEstado=43&VMun=>](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=432240224710_0&VListar=1&VEstado=43&VMun=>)>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SOARES, Fernanda Aparecida Almeida et al. Perfil de sensibilização a alérgenos domiciliares em pacientes ambulatoriais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 25-8, 2007.

SOLÉ, Dirceu et al. Prevalence of rhinitis among Brazilian schoolchildren: ISAAC phase 3 results. **Rhinology**, p. 122-128, 2007.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES**. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014 – 2015**. São Paulo. AC Farmacêutica, 2015.

UCHOA, Priscila Regina Candido Espinola et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Sinus and Nasal Quality of Life Survey (SN-5) into Brazilian Portuguese. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 82, n. 6, p. 636-642, 2016.

UNICEF, **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimationreport 2015**. Disponível em: <[https://www.unicef.org/media/files/IGME\\_Report\\_Final2.pdf](https://www.unicef.org/media/files/IGME_Report_Final2.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2017.

**APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Lucas Dorneles Santa Maria

**ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA:  
EQUILÍBRIO ENTRE DEMANDA ESPONTÂNEA E PREVENÇÃO/PROMOÇÃO  
DA SAÚDE ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS**

Porto Alegre/RS

2016

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>35</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE A – PLANILHA COM SEMANA PADRÃO DA ESF .....</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PADRÃO .....</b>	<b>44</b>

## RESUMO

Encontrar um equilíbrio entre prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento do adoecer transforma-se em desafio diário para profissionais e usuários dos serviços de Estratégia Saúde da Família (ESF). O Objetivo desse projeto de intervenção é aperfeiçoar as práticas relativas ao acesso ao acolhimento, buscando à efetividade e à resolutividade dessas ações, e o cuidado continuado de pacientes diabéticos, na Estratégia de Saúde Cidade Nova, ESF III, localizada na cidade de Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Para tanto, propõem-se uma mudança no agendamento das consultas médicas, reorganizadas para oito agendamentos de 20 minutos por período de quatro horas, sendo que em qualquer dia da semana a primeira hora da manhã e da tarde foram destinadas às demandas diárias; o restante do tempo foi reservado para visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades coletivas. O diabetes mellitus, entre as doenças crônicas não transmissíveis, se destaca pela sua morbimortalidade e como fator de risco para patologias do aparelho circulatório. O acompanhamento periódico, desse grupo de pacientes, com a finalidade de atender de forma integral as suas necessidades, conforme às diretrizes gerais determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi o escolhido. Avaliou-se a prevalência de pacientes controlados com diabetes mellitus antes e após a implementação do Hiperdia semanal. A definição de pacientes controlados foi estabelecida a partir dos valores da pressão arterial, hemoglobina glicada, circunferência abdominal e/ou IMC por um período de 4 meses. Espera-se que ocorra uma organização do trabalho na ESF, de modo a viabilizar equilíbrio e sinergia entre acesso ao cuidado e promoção/prevenção, no cotidiano dos serviços, em pacientes diabéticos, de modo a beneficiar esses pacientes, tanto a curto quanto em longo prazo, diminuindo a proporção de pacientes que não controlam a doença.

**Palavras-chaves:** Intervenção. Acolhimento. Diabetes mellitus.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se fortalecendo como um dos principais instrumentos governamentais de proteção à vida dos cidadãos, desempenhando pelo menos dois tipos de função: saúde pública e de assistência aos adoecimentos. O modelo proposto de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na lógica da função-filtro da APS, essencial para a efetividade, equidade e racionalidade do cuidado, a ESF carrega essa dupla natureza: o cuidado clínico e a promoção da saúde/prevenção de doenças (GÉRVVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2005).

Com o envelhecimento da população, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm se tornado mais frequentes e provocam mudanças na organização do sistema de saúde. Atualmente, as DCNT são responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, caracterizando-se pelos anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacitação (Schmidt et al, 2011). Entre as DCNT, o Diabetes Mellitus (DM) se destaca pela sua morbimortalidade e como fator de risco para patologias do aparelho circulatório. No Brasil, estima-se que entre 2000 e 2030 o número de indivíduos com diabetes passará de 4,5 milhões para 11 milhões, sendo que a metade desta população desconhecerá o diagnóstico (PAIVA ET AL, 2006).

Uruguaiana é uma cidade localizada na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, à 649 Km da capital do estado, Porto Alegre. Conta com uma população de 125.435 habitantes, um PIB per capita de 16.065,35 e IDH 0,744, sendo a principal atividade econômica é a agropecuária, com extensa lavoura de arroz e gado de corte e reprodução. Um dos seus bairros, cidade nova, conta com uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (IBGE, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família Cidade Nova conta com 4.812 moradores, representando 3,83% da população de Uruguaiana. Com uma população predominantemente feminina (51,21%) e de idade entre 15 a 64 anos (65,8%), apresenta 472 pacientes diabéticos (SIAB, 2015).

## **2 PROBLEMA**

A realização deste projeto deu-se pelo estímulo de transformação de uma realidade vivenciada durante a renovação de profissionais que culminou na necessidade de mudança do processo de trabalho para organizá-lo na lógica da ESF. O cenário anterior à entrada do usuário era de uma relação enrijecida e burocratizada com a população. Havia um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrado em consultas médicas e outros serviços, como vacinações e curativos; não há a formação de grupos específicos semanais. O número de vagas na agenda era limitado, com um “dia” da semana para o agendamento: quando acabava a oferta, terminava o acesso ao cuidado.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A agenda dos profissionais e da equipe deve ser organizada para atender às múltiplas demandas de sua área de abrangência, desde o atendimento clínico agudo até a programação para acompanhar o seguimento do cuidado de indivíduos e grupos específicos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e com a comunidade.

Uma das dificuldades encontradas na ESF Cidade Nova e a organização de uma agenda equilibrada com a formação de grupos específicos.

Este projeto de intervenção representa uma proposta de reorganização do modelo assistencial vigente a fim de garantir o acolhimento resolutivo e o atendimento as pessoas com diagnostico de diabetes mellitus.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Implementar nova reorganização do acesso à saúde a população diabética buscando o equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção de saúde.

### **4.2 Objetivos específicos**

Flexibilizar o atendimento, possibilitando ofertar maior número de atendimentos à demanda espontânea, conforme a necessidade da comunidade;

Reduzir progressivamente as filas, acabando com um dia específico para marcação de consultas;

Acompanhar pacientes diabéticos através da formação de um grupo com atendimento semanal;

Reduzir a proporção de pacientes que não controlam a doença e contribuir para a diminuição das complicações cardiovasculares, determinando, assim, um prognóstico favorável.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem utilizado a expressão “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” para designar certo ordenamento de políticas de saúde capazes de assegurar o direito universal à saúde. No Brasil, a ESF surgiu como uma nova intervenção de saúde para implementação da atenção primária, objetivando a reestruturação do modelo assistencial vigente no país até então. Nesse sentido, a ESF é uma proposta de mudança ao modelo de atenção à saúde, tirando o foco do modelo hospitalar, evoluindo para uma atenção mais próxima das comunidades, sendo o acolhimento e o vínculo ferramentas fundamentais para o estabelecimento da confiança com o usuário (MELO; MACHADO, 2013).

Como um dos eixos estruturantes do SUS, o nível primário de atenção vive um momento especial ao ser identificado como uma das prioridades do Ministério da Saúde brasileiro, e entre os seus desafios atuais destacam-se aqueles relativos ao acesso, vínculo e acolhimento (BRASIL, 2011). Nesse contexto, APS tem a importante atribuição de ser a entrada preferencial do sistema de saúde, reconhecendo o conjunto de necessidades e impactando positivamente nas condições de saúde da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, chamada Humaniza SUS, foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer, na prática, suas diretrizes. Essa política foi uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (BRASIL, 2006). A PNH propõe o acolhimento como processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde.

O acolhimento, sendo uma das diretrizes da PNH, apresenta sua face mais visível, especialmente na APS, por suas consequências diretas, no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, com o objetivo de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Desse modo, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que apenas serviam de intermediários para a consulta médica. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada (BRASIL, 2006; SILVEIRA, 2004). O acolhimento constitui-se em um elemento da mudança

no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde.

O reconhecimento da demanda potencializa o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo seguindo um movimento inverso da lógica biomédica, centrada na doença, passando para uma ótica centrada no paciente, significando para o usuário, tratá-lo como um sujeito social autônomo, portanto, que deve participar ativamente do seu tratamento (SILVA ET AL, 2003). Porém, esse potencial pode ser restringido pelo contexto prático no qual o acolhimento será estabelecido. As diferentes experiências na implantação do acolhimento já desenvolvidas estiveram voltadas para implementar uma escuta ampliada, capaz de identificar os motivos que levaram o usuário a buscar o serviço, identificando suas necessidades e dando encaminhamento para a solução de seus problemas (MAYEMA, 2007).

As DCNT, como o DM, apresentam número crescente de casos na população, constituindo importantes causas de hospitalizações no SUS e resultando em sérios problemas de saúde pública. As políticas de redução de danos desses agravos têm priorizado a organização de serviços através do cuidado com ênfase na ESF (MENDES, 2012). 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.

O controle do diabetes, no âmbito da Atenção Básica, pode evitar o agravamento e o surgimento de complicações cardiovasculares, com redução do número de internações hospitalares e mortes por essas doenças. Entretanto, apesar de instituído o padrão de cuidado aos indivíduos com esses agravos, estudos indicam que há um baixo percentual de controle da pressão arterial e glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A detecção precoce dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes pelos serviços de saúde é um dos elementos imprescindíveis para o sucesso do manejo desses pacientes. A partir do momento do reconhecimento desses pacientes pela equipe da ESF pode-se realizar o acompanhamento periódico, resultando em um atendimento de forma integral às necessidades dos grupos sociais de responsabilidade do território da equipe (CAMPOS; MISHIMA, 2005), conforme as diretrizes gerais determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Para fazer frente a esta situação, as políticas em saúde no Brasil vêm dando cada vez maior atenção às pessoas com DM, especialmente a legislação mais atual. Como exemplo, podemos citar o provimento gratuito de medicamentos e equipamentos para aplicação de insulina e automonitoramento da glicemia capilar de portadores de DM inscritos em programas

de educação para pessoas com DM e o SISHIPERDIA – programa informatizado de âmbito nacional para o cadastro e acompanhamento das pessoas com DM (SCHMIDT ET AL, 2011).

Aliado a estes programas específicos, o sistema de saúde brasileiro propõe de maneira global, a assistência integral e humanizada, voltada não somente para o controle das doenças, mas também para a promoção da saúde e da cidadania das pessoas. Contudo, pouco sabemos a respeito de quanto ou de como esses avanços na legislação e nas políticas públicas vêm se efetivando na prática de modo a desenvolver a atenção em saúde de qualidade, que considere a pessoa em sua integralidade e em contextos específicos (BRASIL, 2013).

A realidade mostra-nos números desfavoráveis. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Ocorre grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. No Brasil, o DM associado à hipertensão arterial sistêmica representa 62,1% dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise. Ocorre também considerável impacto social com a redução da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2013).

## 6 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção clínico organizacional, onde foi operacionalizado mudanças no agendamento e acolhimento dos pacientes. A estratégia para operacionalizar mudanças foi dialogar com a população organizada, o conselho comunitário do bairro, para compatibilizar necessidades do serviço com reivindicações da comunidade, cuja prioridade era acesso ao cuidado clínico, conforme planilha com semana padrão na ESF (apêndice A).

Em uma segunda etapa foi realizado um estudo descritivo comparativo, antes e após a implementação semanal do Hiperdia, incluindo os indivíduos com 20 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, no qual os dados foram obtidos após o consentimento dos pacientes diabéticos e que gostariam de participavam do Hiperdia. Foi aplicado um questionário padronizado (apêndice B) antes e após a implementação do Hiperdia. As entrevistas foram realizadas pelo médico e a enfermeira da equipe. A dimensão que expressou os resultados foi a prevalência de pacientes controlados com diabetes mellitus referido. A definição de prevalência de pacientes controlados foi estabelecida a partir dos valores da pressão arterial, de hemoglobina glicada e circunferência abdominal e, ou, índice de massa corporal (IMC).

Para a medida da pressão arterial foram utilizados esfigmomanômetros analógicos, devidamente aferidos e calibrados pelo INMETRO. As medidas de pressão arterial foram coletadas segundo preconizado pela Pan American Hypertension Initiative. Assim, foram realizadas as médias das duas últimas medidas das pressões sistólicas e diastólicas. Valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg foram considerados alterados (THE JCN 8 REPORT, 2014).

Os indivíduos foram pesados com o menor número de roupas possíveis, descalços, em balança digital. As medidas de altura foram aferidas mantendo os entrevistados com os ombros levantados, pescoço reto, olhando fixamente para frente. O índice de massa corporal foi calculado pela razão do peso, em quilos, multiplicado pela altura, em metros ao quadrado. O IMC abaixo de 23 Kg/m<sup>2</sup> foi considerado como aceitável (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016).

A circunferência da cintura foi medida através do perímetro abdominal, em centímetros, medido no local de máxima extensão da região do abdômen, utilizando-se uma fita milimetrada, com 180 cm de comprimento, flexível, não elástica, colocada diretamente sobre a pele no momento da expiração. Os indivíduos, no momento deste procedimento, estavam em pé, com o abdômen desnudo. O ponto de corte para obesidade abdominal foi igual ou superior a 80 cm

para mulheres e igual ou superior a 90 cm em homens (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Sabe-se que os resultados da hemoglobina glicada refletem a glicemia média dentro de dois ou três meses precedentes. A hemoglobina glicada foi medida no laboratório municipal da cidade. Foram consideradas como normais medidas de até 6,5% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Foram construídos diagramas para se verificar a distribuição e as combinações dos critérios da prevalência de pacientes controlados: o primeiro incluiu hemoglobina glicada, pressão arterial e circunferência abdominal; o segundo foi constituído por hemoglobina glicada, pressão arterial e índice de massa corporal.

## 7 CRONOGRAMA

Atividades	2016			2017		
	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.
Apresentação do trabalho para equipe da ESF Cidade Nova	X					
Mudança do agendamento		X				
Execução do Plano de Intervenção		X	X	X	X	
Análise dos resultados						X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						X

## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **8.1 Recursos humanos**

Equipe de saúde da família composta por 6 agentes comunitários de Saúde, 3 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico.

### **8.2 Recursos materiais**

Computadores;

Folha A4;

Impressora;

Esfigmomanômetros analógicos;

Balança digital;

Fita milimetrada.

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Se a ESF Cidade Nova pretende ser a principal porta de entrada do SUS e seu eixo estruturante, precisa promover inclusão e facilitar o acesso, integrando cuidado e prevenção/promoção, viabilizando um trabalho usuário-centrado. Esse projeto de intervenção pretende facilitar essa organização, implementando o acolhimento e a marcação de consultas agendadas diariamente, ampliando o acesso do usuário aos serviços de saúde disponíveis na unidade sem sobrecarregar a equipe.

Diagnósticos comunitários de saúde são importantes para a compreensão das características de doenças em populações específicas, exigem tempo reduzido para coleta de dados e análise, além de apresentarem baixo custo. Assim sendo, o cuidado continuado, em pacientes diabéticos, tem como objetivo diminuir a proporção de pacientes que não controlam a doença, reduzindo as complicações cardiovasculares, determinando, assim, um prognóstico favorável. Para isso, espera-se um melhor manejo dos pacientes diabéticos acompanhados diminuindo o nível pressórico, a hemoglobina glicada e a circunferência abdominal dos pacientes que apresentam esses parâmetros alterados.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES - 2016. **Diabetes Care**, v. 39, n. 1, p. 4-5, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hiperdia**, 2013. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2011. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/SUS\\_Av1Qualif\\_v3](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/SUS_Av1Qualif_v3)>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://www.saude.rr.gov.br/humanizasus/acolhimento\\_nas\\_praticas.pdf](http://www.saude.rr.gov.br/humanizasus/acolhimento_nas_praticas.pdf)>. Acesso em: 10 set 2016.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.

GÉRVAS, Juan; PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205-18, 2005.

IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240&search=rio-grande-do-sul|uruguaiana>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

JAMES, Paul et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **Jama**, v. 311, n. 5, p. 507-520, 2014.

MAYEMA, Marcos Aurélio. **A construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas**. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

MELO, Rafael Cerva; MACHADO, Maria Élide. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 61-67, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PAN AMERICAN HYPERTENSION INITIATIVE. Working meeting on blood pressure measurement: suggestions for measuring blood pressure to use in populations surveys. **Revista Panam Salud Publica**, v. 14, n. 5, p. 300, 2003.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Saúde no Brasil: Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, p. 61-74, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SILVA, José Paulo V. et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; FOSCHIERA, Marlene Madalena Possan. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 2004.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**, 2015. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc574.pdf>[http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=4322402247100&VListar=1&VEstado=43&VMun=](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4322402247100&VListar=1&VEstado=43&VMun=)>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014 – 2015**. São Paulo: Editora AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2003.

**APÊNDICE A – PLANILHA COM SEMANA PADRÃO DA ESF**

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Agenda	Agenda	Agenda
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Atividade coletiva	Visita domiciliar	Agenda

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PADRÃO**

Nome:

Agente de saúde:

Tempo de diagnostico

4 anos ou mais

3 anos ou menos

História familiar de diabetes

Não

Um dos genitores

Ambos os genitores

Hospitalização na vida por causa do diabetes

Não

Sim

Problemas nos olhos por causa do diabetes

Não

Sim

Problemas nos rins por causa do diabetes

Não

Sim

Problemas nos rins e/ou nos olhos por causa do diabetes

Não

Sim

Infarto por causa do diabetes

Não

Sim

Derrame por causa do diabetes

Não

Sim

Infarto e/ou derrama por causa do diabetes

Não

Sim

Está fazendo dieta?

Não

Sim

Está fazendo atividade física?

Não

Sim

Uso de medicamentos

Não utiliza medicamentos

Glibenclamida e metformina

Glibenclamida

Metformina

Insulina NPH