



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Cleidenir Monica Dalanhol

Promoção da Saúde aos pacientes Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Santa Clara

Florianópolis, Abril de 2017

Cleidenir Monica Dalanhol

Promoção da Saúde aos pacientes Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Santa Clara

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katheri Maris Zamprogna
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Cleidenir Monica Dalanhol

Promoção da Saúde aos pacientes Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Santa Clara

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Na Unidade Básica de Saúde Vila Santa Catarina, é uma das principais causas de procura por atendimento médico o Diabetes mellitus (DM). O Diabetes mellitus é uma doença do metabolismo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada, tendo como uma de suas principais complicações o pé diabético que ocorre quando uma área machucada ou infeccionada nos pés desenvolve uma úlcera. Seu aparecimento pode ocorrer quando a circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia são mal controlados. Devendo esse ferimento nos pés ser diagnosticado e tratado rapidamente para evitar complicações que possam levar à amputação do membro afetado, havendo grande preocupação de toda a equipe em relação aos seus cuidados e suas complicações, sendo o pé diabético uma das complicações que presenciamos em muitas consultas médicas e na sala de curativo. **Objetivo:** o objetivo deste trabalho é melhorar a qualidade da atenção ao usuário diabético. **Metodologia:** a intervenção prevê encontros quinzenais com medidas educativas para abordar a doença, fatores de risco, complicações e formas de prevenção. Além de garantir consulta médica adequada com período fixo semanal na agenda e a criação de protocolo para exame físico dos pés. **Resultados esperados:** espera-se a adesão dos pacientes nos encontros e nas consultas; apontar subsídios para que estes possam melhorar a sua qualidade de vida, através do controle glicêmico e da adoção de hábitos de vida saudáveis, diminuindo assim as complicações agudas e crônicas causadas pelo Diabetes.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Atenção Primária, Diabetes mellitus

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Melhorar o controle glicêmico a fim de diminuir complicações agudas e crônicas;	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Participo do PROVAB no município de Caçador, SC, onde trabalho em uma Unidade de Saúde que adotou a Estratégia de Saúde da família como forma de atenção primária, localizada no bairro Santa Catarina.

Caçador é um município do Estado de Santa Catarina, localizado no meio -oeste do estado, no Alto Vale do Rio do Peixe, com uma área de 1009,08 km, altitude média de 920 metros acima do nível do mar, temperatura média anual de 16, 6°C , e precipitação total entre 1600 a 1800 mm/ano.

Possui um clima subtropical úmido com verões quentes e chuvosos e invernos frios e secos, tendo as quatro estações do ano bem definidas. Detém o recorde de temperatura mínima, em dados oficiais, do Brasil com - 14°C.

De acordo com o último censo (do IBGE) de 2010 são 70735 habitantes nesta localidade.

O município de Caçador mostra em seu histórico sua história desde seu princípio, a preocupação da população local com o meio ambiente. Ainda no início , Quando Caçador era disputada pelo Paraná e Santa Catarina, os habitantes locais revoltaram-se contra a Companhia Ferroviária e a indústria madeireira para evitar a devastação dos pinhais nas marginais dos trilhos. Com a construção da estrada de ferro que ligava São Paulo a Rio Grande do Sul, a colonização tornou-se mais intensa e o povoado passou a chamar-se "Rio Caçador", devido a abundância de caça nas margens do rio.

Após o episódio do Contestado(grande conflito de terras, ocorrido entre 1913 e 1916 entre o estados de Santa Catarina e Paraná que tomou proporções de extrema violência na região) outros grupos começaram a chegar. Caçador então pode contar com os imigrantes, predominantemente italianos que vieram atraídos pela atividade madeireira. Em 25 de março de 1934, Caçador tornou-se um município independente, emancipando-se política e administrativamente.

Cerca de 290 indústrias de diversas áreas fazem com que Caçador seja considerada a "Capital Industrial do meio oeste". Destaque para o setor madeireiro. Através de suas próprias florestas. o município produz madeira serrada,celulose, papel,papelão,mobília,entre outros derivados, contando ainda com industrias de produção metal-mecânica, plástico, couro, calçadista e confecções. Na agricultura destaca-se a cultura do tomate,maior produtor do sul do Brasil, além da uva e milho.

A Unidade Básica onde trabalho conta com duas Estratégias de Saúde da família, a do bairro Santa Catarina e a do bairro Santa Clara, a qual eu pertença.

O bairro possui escola a nível de ensino fundamental, creche e igrejas. Os idosos participam do grupo da terceira idade com reuniões semanais, participam também de campeonatos de jogos intra estadual de dominó, jogo de bocha, bingó e dança.

Os moradores do bairro Santa Clara sobrevivem, na sua grande maioria com renda mensal entre 1 a 2 salários mínimos, trabalhando nas madeiras do município e no comércio. Tem inclusão no Programa Bolsa Família. Mais de 90% da população é alfabetizada, mas com pouca escolaridade apenas até a quarta série primária

Há saneamento básico em mais de 50% do bairro e coleta seletiva. As condições de moradia são heterogêneas, há locais com boas condições de moradia casas de alvenaria, água encanada e luz elétrica e outros desprovidos de condições, classe média baixa a extrema pobreza. Alguns locais por ausência de saneamento adequado e por serem moradores próximos ao rio, estão sujeitos a enchentes, sofrendo as consequências da mesma. Há também grande número de cães e gatos nas ruas e nas casas.

Como a temperatura sofre variações bruscas, aumenta o surgimento e complicações de doenças respiratórias. Há também no bairro, uma fábrica de caixão a qual libera fumaça, acarretando desconforto respiratórios para muitos moradores da região. Há predomínio na Unidade de hipertensos e diabéticos e suas complicações, pela própria condição econômica acabam fazendo refeições mais calóricas e práticas, segundo eles.

A Unidade de Saúde em que atuo em Caçador, SC é composta por duas equipes de ESF. A ESF Santa Clara a qual faço parte possui 1052 famílias destas 3202 pessoas cadastradas, sendo 1691 mulheres e 1511 homens, destes 992 são menores que 20 anos, 1853 possuem entre 20 e 59 anos e 357 pacientes acima de 60 anos.

Através dos dados cadastrais do mês de junho, informação coletada e fornecida pelas agentes comunitárias, de uma população de 3202 habitantes, 379 tem hipertensão e 120 tem diabetes, neste caso existe uma prevalência de 0,11, ou seja 11% de hipertensos e 3% de diabéticos.

O acompanhamento dos hipertensos e diabéticos é realizado através do agendamento das consultas médicas, visitas domiciliares e atendimentos em grupo nas reuniões do HIPERDIA, nossa última reunião realizada em junho, contamos com um grupo estimado de 30 pacientes, nesses encontros são focados as complicações da doença, formas de prevenção e mudança no estilo de vida. A população é assídua e participativa nas brincadeiras que realizamos. Na nossa área de abrangência não há caso registrado de tuberculose e de hanseníase. Referente ao índice de dentes perdidos, obturados e cariados(CPO-D), seguimos o índice do levantamento nacional, não é realizado esse índice localmente.

Não havia registro das queixas mais procuradas para atendimento, porém a partir do ano passado , os prontuários passaram a ser eletrônicos, os dados coletados são incipientes, mas podemos observar que a maior procura é devido a hipertensão, seguido de dor lombar, sintomas depressivos/ansiedade e dependência de benzodiazepínicos, diabetes e suas complicações.

Nossos atendimentos são realizados através do agendamento de consultas e visitas domiciliares, os atendimentos funcionam a livre demanda, são 16 consultas em cada período, sendo 12 consultas marcadas previamente e 4 consultas para eventuais urgên-

cias/emergências, atendimento do pré-natal tem o período definido nas terças-feiras, demais períodos não há grupos prioritários.

No mês de junho de 2016 foram 27 gestantes cadastradas segundo registro das agentes, porém foram acolhidas e acompanhadas 29 gestantes neste período, acreditamos que essa diferença seja devido ao fato de que estas duas gestantes não estão em casa durante a visita das agentes e também há o acolhimento das gestantes provenientes do interior, onde as agentes não fazem o cadastramento. Não temos o registro do número de consultas realizadas. Dessas 27 gestantes, 5 são menores de 20 anos. No período de 2015 não houve óbito em menores de um ano de idade. Houve no mês de maio uma cobertura vacinal completa das crianças abaixo de um ano, há crianças de outros bairros que também procuram nossa Unidade para realização das vacinas.

O acompanhamento da Saúde Materno infantil é realizado através do pré-natal, grupo de reuniões das gestantes, puericultura, medidas e pesagem das crianças na escola.

Referente às causas de morbidade e mortalidade não existem dados consolidados, desta forma, juntamente com as ACS buscamos nos relatórios do SIAB dos últimos três meses. Em crianças menores de 1 ano observamos um número elevado de internações por complicações respiratórias e diarreia, com nenhum óbito. A primeira causa de morbidade em adultos foi por causas externas, assim como os óbitos, seguido de complicações por Hipertensão. Nos idosos o primeiro lugar em morbidade se deu por complicações pela Diabetes e Hipertensão, seguido de doenças respiratórias crônicas. Os casos de óbitos seguiram o mesmo parâmetro.

Há uma grande preocupação de nossa equipe em relação ao DM2 e suas complicações, sendo o pé diabético uma das complicações que presenciamos em muitas consultas médicas e curativos, muitos sofreram com amputação.

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema único de Saúde, suas complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para o sistema de saúde.

Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas.

Sabe-se que entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas a hipertensão e diabetes têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Cinquenta por cento das amputações não-traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao diabetes

e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral.

O número de diabéticos na área de abrangência da nossa ESF é de 105 pessoas, segundo último dado cadastral das agentes comunitárias.

Pode-se perceber que não há estratificação do risco cardiovascular por critério clínico nem avaliação da saúde bucal em hipertensos e diabéticos. Não é praxe a avaliação rotineira dos pés dos diabéticos e suas sensibilidades. Também não faz parte da rotina a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso em toda a consulta. A avaliação oftalmológica semestral de usuários diabéticos é medida de saúde aquém do possível.

Há muitos aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos e já iniciados (como exemplo, cito o mensal do HIPERDIA). É possível, também, cuidar para que o exame dos pés e palpação de pulsos sejam mais frequentes nas consultas.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a promoção à saúde, por meio de cuidados, a usuários com Diabetes Mellitus.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Melhorar o controle glicêmico a fim de diminuir complicações agudas e crônicas;

Aumentar o número de encontros do HiperDia para no mínimo 2 ao mês no município de Caçador

Estabelecer período semanal na agenda para atendimento ao paciente de DM;

Orientar acerca da mudança de estilo de vida, alimentação e fatores de risco em consulta individual ou em grupo

Realizar medidas de HGT, Pressão arterial, calculo do IMC, medida circunferência abdominal nas reuniões do HIPERDIA e na triagem da enfermagem antes das consultas médicas.

Criar protocolo de rotina de exame físico dos pés para detectar alterações precoces. Informar sobre os cuidados com os pés.

Programar atividades de lazer juntamente com as de orientação.

3 Revisão da Literatura

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) podem ser classificadas em quatro principais grupos: cardiovasculares, cancerosas, doenças respiratórias crônica e diabetes – responderam pela grande maioria desses óbitos os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2003, as doenças crônicas são consideradas um problema de saúde de grande magnitude, sendo responsáveis por 72% das causas de morte (DUNCAN, 2012)). Atualmente, estima-se que são responsáveis por 60% de todo o ônus em nível mundial e, especula-se que em 2020 serão responsáveis por cerca de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013)

O Brasil passou de um perfil de mortalidade de uma população jovem para um quadro de faixas etárias mais avançadas, caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, representadas principalmente pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (REZENDE, 2011).

As doenças crônicas, são caracterizadas por serem de longa duração e compõem um conjunto de condições relacionadas a causas múltiplas, apresentando um início gradual, prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. O curso clínico pode intercalar-se com quadros agudos, muitas vezes encaminhando-se para a incapacidade do tecido ou órgão lesado. O uso da tecnologia associado a demais fatores como mudança de habito e alimentação amenizam o prognóstico, porém nem sempre leva a cura (BRASIL, 2013)

No que tange o Brasil, as DCNT também se apresentam como a principal causa de mortalidade. Os dados obtidos de notificações no ano de 2009, demonstram que as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes são responsáveis por 80,7% dos óbitos .

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e as dislipidemias são as principais condições de risco para as DCNT e encontram-se entre as dez primeiras causas de mortes em vários países, além disso suas complicações estão relacionadas ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de membros inferiores e a cegueira definitiva, consequências essas que elevam os custos relacionados aos cuidados em saúde, sendo responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no Braisl com um custo aproximado de 475 milhões de reais(REZENDE, 2011)

Diabetes Melitus (DM)

DM é uma patologia presente dentro de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, nela é comum a hiperglicemia, resultante de defeitos da ação da insulina, ou de sua secreção ou em ambas. Por ter sua natureza crônica, causa inúmeras complicações graves, e possui custos elevados ao tratamento, tornando-se uma patologia onerosa não apenas

para os portadores dela, mas também para os familiares e todo sistema de saúde ((SBD, 2014)

É notório que a DM vem aumentando a cada dia, em 1985 estimava-se que chegaria a ter 30 milhões de adultos com essa patologia, em 1995 esse número passou à 135 milhões, atingindo em 2002 173 milhões e com expectativas de chegar a 300 milhões em 2030, isso à nível mundial. No ano 2000 o Brasil ocupava no ranking mundial o oitavo lugar, e hoje estima-se que passe em 2030 para o sexto lugar ((SBD, 2014).

A DM pode ser classificada a partir de sua etiologia, a qual incluiu quatro tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional, além de haver duas categorias mencionadas como pré diabetes, no momento em que a glicemia de jejum está alterada, e quando a tolerância de glicose está diminuída, consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SBD, 2014)

Como definido pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) o DM1 está presente em 5 a 10 % dos casos e resulta da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina e é mediada por autoimunidade, porem existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como forma idiopática de DM1. Há também intensa associação a determinados genes do sistema antígeno leucocitário humano (HLA), alelos que podem suscitar o desenvolvimento da doença ou proteger contra ela(SBD, 2014)

A incidência de DM tipo 2 vem aumentando a cada dia, principalmente pela relação da interação genética dessa patologia, com a exposição aos fatores de riscos, como a maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono, de absorção rápida, mudanças do estilo de vida, inatividade física, obesidade e maior sobrevida da pessoa diabética, sendo que o sobrepeso ou obesidade está presente na maioria desses casos ((GRILLO, 2013).

As complicações de DM podem a longo prazo levar a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Dessa forma, aumentando a mortalidade e o risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, como as neuropatias, sendo essa considerada causa também de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, gerando gastos expressivos na saúde, na redução da capacidade laboral e expectativa de vida(BRASIL, 2014).

Essas complicações podem ser classificadas em complicações agudas, tais como: hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar, e crônicas: retinopatia, nefropatia, e a neuropatia diabéticas. É estimado que após 15 anos da detecção do DM 2% dos indivíduos apresentarão cegueira, 10% problemas visuais graves, 30% a 45% algum grau de retinopatia, 10% a 20% de nefropatia, 20% a 35% de neuropatia e 10% a 25% de doença cardiovascular, sendo assim necessário a detecção dessas em tempo oportuno, priorizando o compartilhamento de responsabilidades entre paciente e profissionais de saúde (FARIA, 2013)

Essas complicações podem levar à redução da qualidade de vida das pessoas e a altos custos com o tratamento da doença. Portanto, é necessário que o tratamento esteja pautado em ações de prevenção das complicações agudas e crônicas, bem como em ações de promoção da saúde, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida a esses usuários e suas famílias (BRASIL, 2014).

Diante disso, tem-se a necessidade de realizar intervenções que abranjam as múltiplas anormalidade metabólicas que o DM provoca, a fim de prevenir também o surgimento dessa patologia em indivíduos com fatores de riscos ao seu desenvolvimento, evitando o aumento de doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. Nesse sentido, os programas de intervenção se baseiam na realização de dietas adequadas e exercícios físicos, e nos casos necessários a implementação de medicação (SBD, 2014).

Assistência e processo educativo do paciente

A assistência global ao portador de DM2 sustenta-se no: controle glicêmico rígido, abrangendo dieta/estilo de vida, exercício físico, medicação; tratamento de distúrbios associados como dislipidemia, hipertensão, obesidade e coronariopatia; e pesquisa e/ou tratamento das complicações mais comuns da enfermidade como retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia e neuropatia (GUIDONI, 2009)

A melhora no controle do DM está atribuída a duas abordagens: tratamento não-medicamentoso ou medicamentoso. O primeiro tem como objetivo procrastinar a implantação da doença, e quando já estabelecida retardar o tratamento medicamentoso necessários para o controle da doença. A abordagem terapêutica é iniciada quando medidas de controle no tratamento não medicamentoso não obtém sucesso. É importante enfatizar que ambos estão interligados nesta doença crônica e o bom andamento destes controla e muitas vezes retarda o aparecimento dos agravantes. No entanto, por mais eficazes que sejam os tratamentos medicamentosos, de nada adianta, se os pacientes não os incorporarem ao estilo de vida regrado, tendo como principal foco a saúde e bem estar (GROSSI, 2009)).

É notório que o cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares - médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social - e em todos os níveis de atenção à saúde. O sucesso destas intervenções, como já citado, depende do comprometimento do paciente em assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter discernimento para identificar, as principais complicações clínicas que estão associadas a patologia, salientando, aqui o processo educativo do paciente (GRILLO, 2013)

De acordo com a American Diabetes Association (ADA), todos os pacientes com DM devem receber educação para o autocuidado, e a partir de 2006, com o respaldo em bases científicas foi criado a National Standards for Diabetes Self-Management Education (DSME), que tem como o objetivo garantir a qualidade da educação para o autocuidado aos pacientes com DM, nos mais diversos cenários. A capacitação do paciente na tomada

de decisões em relação a sua doença, estimulando o comportamento direcionado para o autocuidado estão instintivamente relacionados ((GRILLO, 2007)

O treinamento do paciente, transformando-o em regente da sua doença e incentivando-o na utilização dos sistema de saúde como uma ferramenta para o controle, quando necessário, destaca-se como primordial no processo educativo; referindo-se assim a autonomia destes. Salienta-se que para a efetivação de tal processo, o paciente encontra-se ativo na aprendizagem. A definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença também é primordial (GRILLO, 2013)

Principalmente médicos e enfermeiros de unidades/equipes são eminentes para o acompanhamento das pessoas com DM, portanto é fundamental que esses profissionais estejam preparados e capacitados para reconhecer e diagnosticar os fatores de risco relacionados tanto quanto a alimentação, orientando o paciente e encaminhando para o nutricionista como para “revelar” os principais agravos da doença quando não controlada (BRASIL, 2014). Constata-se que o maior anseio para os profissionais da saúde no tratamento de pacientes com DM consiste em educá-los quanto ao manejo da doença diariamente, buscando alternativas para alterações que possam ocorrer durante parte do decurso da doença (GROSSI, 2009).

Pé diabético

Uma das principais complicações do DM é o pé diabético, definido pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes. Segundo Ministério da Saúde as úlceras nos pés apresentam uma incidência anual de 2%, tendo a pessoa com diabetes um risco de 25% em desenvolver úlceras nos pés ao longo da vida. Sendo essa complicação responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores. Aproximadamente 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por cento das amputações de membros inferiores no DM são precedidas de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são a neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos (CAIAFA, 2011)

Para diminuir as complicações faz-se necessário atuar na prevenção através do exame frequente dos pés de pessoas com DM, a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, realizado pelo médico ou pela enfermeira da Atenção Básica, nas consultas individuais e nas visitas domiciliares. Além disso, é importante estimular o autocuidado ((BRASIL, 2014)

O Ministério da Saúde recomenda que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação. Uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade protetora e da integridade dos pés deve ser incluída na consulta do usuário diabético ((BRASIL, 2014)

A fisiopatologia do pé diabético envolve a neuropatia diabética (ND) que está presente

em 50% dos pacientes com DM2 acima de 60 anos, sendo a polineuropatia simétrica distal ou polineuropatia diabética periférica (PND) a forma mais comum, seguindo-se as autonômicas. A PND afeta 30% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar e de 20% a 25% entre os pacientes na atenção básica (SBD, 2014)

4 Metodologia

Considerando o problema selecionado para a realização deste projeto de intervenção que é a promoção à saúde, por meio de cuidados, a usuários com Diabetes Mellitus. , a metodologia será realizada pelo seguinte desenho:

Todos os usuários portadores de Diabetes Mellitus pertencentes a Estratégia de Saúde da Família Santa Clara do município de Caçador- SC serão o público-alvo desse trabalho . As ações a serem desenvolvidas passam a ser as seguintes:

Realizar um número maior de encontros do Hiperdia Esses encontros serão realizados quinzenalmente e os participantes serão divididos segundo sua microárea, totalizando 6 encontros. Contaremos com apoio das agentes de saúde na divulgação da data, que terá um calendario pré estabelecido e entregue pelas agentes de saúde a cada paciente participante do grupo

No primeiro encontro, serão realizados medida de circunferência abdominal, peso, cálculo de índice de massa corporal (IMC) como parâmetros para avaliar obesidade e medidas de glicemia, também será aplicado um questionário com perguntas simples sobre a doença, seus fatores de risco e formas de prevenção. Durante o ano os encontros serão educativos e de forma participativa, sendo abordados os fatores de risco para o desenvolvimento do DM, contando com o apoio da nutricionista para trabalhar sobre alimentação, sobre o cuidado com os pés, sobre hábitos saudáveis, estimulando perda de peso e atividade física. No último encontro, serão realizados novamente o questionário com as mesmas perguntas para avaliar o conhecimento adquirido, bem como repetidas as medidas de peso, circunferência abdominal e cálculo do IMC e medidas de glicemia.

Além da atividade supracitada, será realizada a criação de dois períodos fixos semanais na agenda da consulta médica para atender o usuário diabético, a fim de melhorar o atendimento e estimular o controle glicêmico; Tal atividade será realizada por profissional médico e enfermeira com um perido de duas tardes com numero de 14 consultas por tarde . Será criado manual de exame físico dos pés, e este será realizado pelo profissional da enfermagem no momento anterior da consulta médica;

Os responsáveis pela execução do trabalho serão o médico, técnicas de enfermagem, enfermeiro, nutricionista e as agentes comunitárias, no período de abril de 2017 a abril de 2018.

5 Resultados Esperados

Espera-se com a realização deste projeto de intervenção os seguintes resultados, visto que a metodologia dará conta do projeto em questão, considerando a factibilidade, a governabilidade, transcendência e custo:

O diagnóstico precoce, otimizando o tratamento do Diabetes na população da ESF Santa Clara do município de Caçador-SC.

Esclarecer aos usuários diabéticos sobre os fatores de riscos do Diabetes mellitus e apontar subsídios para que estes possam melhorar a sua qualidade de vida, através do controle glicêmico e adoção de hábitos de vida saudáveis, diminuindo assim as complicações agudas e crônicas causadas pelo Diabetes.

A participação de 100% dos usuários diabéticos nos grupos do HIPERDIA , e que estes encontros aconteçam de maneira participativa e prazerosa com medidas educativas para sensibilizá-los em relação à necessidade do controle glicêmico.

Garantir o acesso a todos os usuários diabéticos nas consultas médicas através do período fixo semanal na agenda para que todos recebam atendimento médico adequado e com tempo suficiente para abordar a prevenção. Monitorar para que o tratamento médico seja realizado de forma correta e que todos tenham seus pés examinados nas consultas.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRONICAS NAS REDES DE ATENÇÃO Á SAÚDE E NAS LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS*. BRASÍLIA- DF: MS, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA*. BRASÍLIA- DF: MINISTERIO DA SAÚDE, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- CAIAFA, J. S. Atenção integral ao portador de pé diabético. *J Vasc Bras*, p. 1–32, 2011. Citado na página 18.
- DUNCAN, B. B. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *REVISTA SAÚDE PÚBLICA*, p. 126–134, 2012. Citado na página 15.
- FARIA, H. T. G. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*, p. 348–354, 2013. Citado na página 16.
- GRILLO, M. de F. F. Caracterização com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 49–54, 2007. Citado na página 17.
- GRILLO, M. de F. F. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado à pacientes com diabetes. *Revista da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA*, p. 400–405, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- GROSSI, S. A. A. *CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DIABETES MELLITUS*. SÃO PAULO: SÃO PAULO, 2009. Citado na página 17.
- GUIDONI, C. M. Assistência ao diabetes no sistema Único de saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, p. 37–48, 2009. Citado na página 17.
- REZENDE, A. M. B. Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. São Paulo, n. 220, 2011. Curso de Nutrição, Universidade de São Paulo. Citado na página 15.
- SBD, S. B. D. D. *DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*. RIO DE JANEIRO: AC FARMACÊUTICA uma editora integrante do grupo GEN / GRUPO EDITORIAL NACIONAL, 2014. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 17 e 18.