



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

Julio Cesar Perez Rodriguez

Estimular o autocuidado em pacientes portadores de
Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Parque
Limeira Área 2 do Município Telêmaco Borba-PR

Florianópolis, Março de 2018

Julio Cesar Perez Rodriguez

Estimular o autocuidado em pacientes portadores de Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2 do Município Telêmaco Borba-PR

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: Priscila Orlandi Barth
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Julio Cesar Perez Rodriguez

Estimular o autocuidado em pacientes portadores de Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2 do Município Telêmaco Borba-PR

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

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: Entre os anos de 1960 até 1964, ocorreram discussões a favor da emancipação da Cidade Nova de seu município de origem, Tibagi. Mas, somente em 21 de março de 1964 o procedimento foi sancionado pelo então governador Ney Aminthas de Barros Braga. E essa lei deu origem então ao município de Telêmaco Borba. Em 1980 é fundado o bairro Parque Limeira. A população de Parque Limeira Área dois, em 2012 chegou a 10.022 habitantes. Toda esta população é acompanhada pela equipe de saúde. De acordo com o sexo 4 509 são homens e 5 512 mulheres. Pela faixa etária 2241 têm menos de 20 anos, 4432 está entre 20 e 59 anos e 3 349 são maiores de 60 anos. E fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Essa multiplicidade de consequências coloca a Diabetes Mellitus na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. A expectativa neste projeto de intervenção é melhorar e aumentar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus. **Objetivo:** Promover nos pacientes com Diabetes Mellitus a adesão ao autocuidado no âmbito da atenção primária à saúde. **Metodologia:** A proposta do projeto de intervenção será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2 do município de Telêmaco Borba-PR. Todos os pacientes que apresentam diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipos I e II e que estão cadastrados e acompanhados na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2, Telêmaco Borba-PR que apresentam dificuldades na adesão de atitudes ao autocuidado. Para o presente projeto de intervenção será proposto as seguintes estratégias e ações: Identificar, entre as pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2, Telêmaco Borba-PR, os usuários portadores de Diabetes Mellitus do tipo I e II. Realização de consulta médica agendada aos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Realizar a seleção dos pacientes diabéticos com dificuldades na informação e adesão de atitudes ao autocuidado no seu cotidiano. Agendar e planejar reunião com os pacientes selecionados para discutir os temas que deverão ser abordados nas atividades de educação em saúde. Também será explicada ao grupo a metodologia a ser utilizar em cada encontro e prever horário oportuno e duração para os encontros. Realização das atividades de educação para o autocuidado em grupos que serão desenvolvidas por meio de grupos de educação em saúde. No final de cada encontro, os participantes serão agendados para consulta e entrevista individual para avaliação das informações sobre a doença. **Resultados Esperados:** Espera-se com o desenvolvimento deste projeto identificar 100% dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I e II com dificuldade na adesão ao autocuidado, caracterizar o nível de conhecimento desses pacientes sobre a doença, estimular mudanças no estilo de vida através da intervenção educativa e favorecer a capacitação dos pacientes quanto ao autocuidado, desenvolvendo

atitudes que conduzam o portador da enfermidade à melhoria do controle metabólico e redução das complicações oriundas da doença.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Em 1941, o então Presidente Getúlio Vargas, geria um estado muito dependente de importações. A II Guerra Mundial alvoroçava o mundo e a compra de produtos estrangeiros estava tornando-se escassa e cara. Notou-se então que o país deveria ser auto-suficiente na produção de diversos itens, dentre eles, o papel (BORBA, 2017).

A fabricação de papel ficou ao encargo de industriais que instituiriam as Indústrias Klabin do Paraná Papel e Celulose S/A. O risco de implantação era grande visto que o projeto de construção era para o sertão do Paraná, onde não havia casas, e nenhum quilômetro de estradas de rodagem, entretanto, havia uma vantagem, a existência de grande volume de matéria-prima para a fabricação de papel (BORBA, 2017).

O primeiro núcleo operacional, com a função de criar a infra-estrutura da fábrica de papel, fixou local na região central da Fazenda Monte Alegre e recebeu a denominação de Lagoa. Como consequência de todo este empreendimento, houve uma verdadeira expedição ao interior do Paraná (BORBA, 2017).

Entre os anos de 1960 até 1964, ocorreram discussões a favor da emancipação da Cidade Nova de seu município de origem, Tibagi. Mas, somente em 21 de março de 1964 o procedimento foi sancionado pelo então governador Ney Aminthas de Barros Braga. E essa lei deu origem então ao município de Telêmaco Borba (BORBA, 2017).

Em 1980 é fundado o bairro Parque Limeira, onde antes havia uma fazenda. Em 1985 iniciam os primeiros movimentos por melhorias no bairro. Hoje o bairro possui uma população de aproximadamente 10 000 habitantes destes a maioria possui casa própria, água tratada, rede de esgoto, energia elétrica, o 90 % do bairro é asfaltado (BORBA, 2017).

O bairro conta com transporte coletivo, três farmácia, um posto de saúde, 12 igrejas, dois postos de combustível, uma escola municipal, um escola estadual, um centro de educação infantil, dois supermercados, três padarias. A grande maioria da população é alfabetizada (ensino fundamental completo) o 90% do bairro possui saneamento básico, o 80 % das moradias são próprias e 20% de aluguel; a maioria sendo de alvenaria (BORBA, 2017).

A maioria da população possui renda familiar, e os que necessitam são inclusos em programas sociais do governo, como bolsa família e leite das crianças.

Os principais organizações e movimentos sociais existentes do bairro são; Clube de mães na associação de moradores, Pastorais sociais das igrejas evangélicas.

A população de Parque Limeira Área dois, em 2012 conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2012 chega a 10.022 habitantes, tendo a taxa de crescimento de 1,33 %, que comparada a do taxa de crescimento do município de 0,89%, demonstrando maior crescimento geométrico da população residente total e comparada ao resto do município. Toda esta população é acompanhada pela equipe de saúde. De

acordo com o sexo 4 509 são homens e 5 512 mulheres. Pela faixa etária 2241 têm menos de 20 anos, 4432 está entre 20 e 59 anos e 3 349 são maiores de 60 anos (IBGE, 2017)

De acordo com a Secretaria de saúde estima-se que 35% da população com idade superior a 40 anos são hipertensos e 11% na faixa etária seja diabético. Em Área Dois, nesta faixa 34,8% da população é hipertensa e 13% são diabéticos (Fonte: pacientes cadastrados no posto de saúde e na Farmácia Municipal). O índice CPO-D é de 3,74.

A equipe de saúde realiza o acompanhamento de pessoas com HAS, Diabetes Mellitus, Tuberculoses e Hanseníase de forma planejada nas consultas agendadas a cada três meses para pacientes com doenças não transmissíveis e transmissíveis efetuadas nas segundas e terças feiras de cada semana. Isto a facilitado o controle e manejo de este tipo de doenças.

As cinco queixa mais comuns que levam a população a procurar serviços de saúde são HAS em um 80%, Diabetes Mellitus 35%, Saúde Mental 15%, Doenças respiratórias 10% e Cardiopatias em um 8%. A equipe de saúde programa os atendimentos pelos dados de os atendimentos cadastrados anteriormente, prepara atividades de saúde como palestra circulo de HAS, DM. O coeficiente de mortalidade infantil mostra evidente redução nos últimos quinze anos de 47/1000 nascidos vivos em 2000 para 11,64/1000 nascidos vivos em 2015 com um total de 12 mortes.

As doenças não transmissíveis, com predominância das do aparelho circulatório, representam a principal causa de mortalidade na população, esta incidência esta associada à frequência de fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, e as condições e hábitos de vida como tabagismo, sedentarismo, obesidade e estresse. Elas são IMA, ACV. A principal doença que tem destaque do ponto de vista epidemiológico é o parasitismo intestinal.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal da equipe do PSF Parque Limeira Área 2. Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

Classificação das prioridades: Feita a partir da análise dos seguintes pontos: Importância do problema (baixo, médio, alto), urgência e capacidade de enfrentamento. Foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos.

A falta de controle o desconhecimento e as dificuldades no autocuidado dos pacientes diabéticos foram citados como o principal problema a ser resolvido. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle, frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida, se constatou que muitos não tinham conhecimento sobre sua doença ou não aderiam ao tratamento de forma satisfatória. Durante as consultas

médicas é possível detectar que grande parte dos usuários apresenta algum fator de risco para Diabetes e HAS além de desconhecimento sobre sua doença. A partir desses dados, a equipe constatou a necessidade de uma abordagem eficiente da população atendida para a prevenção, tratamento e acompanhamento da Diabetes Mellitus.

Nesse contexto, avaliou-se a necessidade da criação de um projeto de Intervenção para melhorar o manejo e o conhecimento desses pacientes para o autocontrole de sua doença. Este tem como base o acompanhamento integral dos diabéticos para estimular a adesão ao tratamento, à prevenção do desenvolvimento da doença e dos fatores de risco para a mesma e principalmente o autocuidado da mesma.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de pacientes diabéticos (13%) e deles um 9% com dificuldades no autocontrole e cuidado. Isso já infere o grau de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas da doença. A solução do problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. As informações sobre o controle dos pacientes diabéticos foram baseadas na análise dos dados das fichas de produção, citadas anteriormente, e nas reuniões de equipe realizadas mensalmente no período de janeiro de 2016 até dezembro de 2016, na unidade de saúde além de um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos multiplex que exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do autocontrole e autoconhecimento da Diabetes Mellitus e dos demais fatores de risco.

E fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Essa multiplicidade de consequências coloca a Diabetes Mellitus na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

A expectativa neste projeto de intervenção é melhorar e aumentar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover nos pacientes com Diabetes Mellitus a adesão ao autocuidado no âmbito da atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os pacientes portadores de Diabetes Mellitus com dificuldade na adesão ao autocuidado.
- Caracterizar a informação que possuem os pacientes com Diabetes Mellitus com relação ao autocuidado e complicações da doença.
- Estimular o autocuidado por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e pacientes diabéticos.
- Avaliar as informações sobre a doença nos pacientes diabéticos depois das intervenções.

3 Revisão da Literatura

Na história do diabetes encontramos que o primeiro documento que faz referencia a uma doença se caracterizava por emissão freqüente e abundante de urina, sugerindo até alguns tratamentos à base de frutos e plantas foi o papiro Ebers, descoberto pelo alemão Gerg Ebers em 1872, no Egito. Se acredita que este documento foi elaborado em torno de 1500 AC. Mas recebeu o nome de diabetes apenas no século II DC, na Grécia Antiga. Este termo, que se atribui à Araeteus, discípulo de Hipócrates, significa “passar através de um sifão” e explica-se pelo fato de que a poliúria, que caracterizava a doença, assemelhava-se à drenagem de água através de um sifão. Araeteus observou também a associação entre poliúria, polidipsia, polifagia e astenia.([TSCHIEDEL, 2017](#))

A provável doçura da urina de pacientes com diabetes foi detectada por médicos indianos, no que foram seguidos por chineses e japoneses. Isso foi logrado a partir da observação de que havia maior concentração de formigas e moscas em volta da urina de pessoas com diabetes. O que só está confirmado a partir dos estudos de Willis, no século XVII, e Dobson, no século XVIII, na Inglaterra. Willis provou efetivamente a urina de um paciente com diabetes e referiu que era “doce como mel”. E Dobson aqueceu a urina até o ressecamento, quando se formava um resíduo açucarado, fornecendo as evidências experimentais de que pessoas com diabetes eliminavam de fato açúcar pela urina. Foi Cullen, também no séc. XVIII (1769), quem sugeriu o termo mellitus (mel, em latim), diferenciando os tipos de diabetes em diabetes mellitus, caracterizado pela urina abundante com odor e sabor de mel, e diabetes insipidus, com urina também abundante, clara, e não adocicada. E em meados do século XIX foi sugerido, por Lanceraux e Bouchardat, que existiriam dois tipos de diabetes, um em pessoas mais jovens, e que se apresentava com mais gravidade, e outro em pessoas com mais idade, de evolução não tão severa, e que surgia mais frequentemente em pacientes com peso excessivo.([TSCHIEDEL, 2017](#))([MANDAL, 2017](#))

Como ocorria com quase todos os outros pacientes, a medicina pouco podia oferecer a eles, a não ser sangrias até a metade dos anos 1800. O último vestígio dessas práticas foi o uso do ópio para tratar diabetes, ainda mencionado por William Osler em 1915.([MANDAL, 2017](#))

No ano 1921 Sir Frederick Grant Banting e Charles Herber relataram o trabalho de Von Mering e Minkowski continuaram a demonstração que poderiam inverter a diabetes induzida em cachorros dando para eles um extratos dos ilhotas de Langerhans pancreáticos de cachorros que não ficavam doentes.O Banting e o seu colega Collip purificaram do químico da insulina o hormônio dos pâncreas de vacas na Universidade de Toronto. Isto levou a disponibilidade de um tratamento efectivo para a diabetes em 1922. Em janeiro de 1922, Leonard Thompson, paciente da caridade do Hospital General de Toronto, converteu-se na primeira pessoa que recebeu a injeção de insulina para tratar à diabetes. Thomp-

son viveu outros 13 anos antes de morrer de pneumonia a idade de 27 anos.(MANDAL, 2017)(GESSAT, 2017)

Inúmeros laboratórios se interessaram pela produção de insulina, e começou-se a extrair grande quantidade de insulina a partir dos pâncreas de bovinos e suínos. Entretanto, necessitava-se de grande volume a ser injetado, pois ela era fornecida na concentração de 10 unidades por ml, e continha muitas impurezas, o que colaborava na formação de abscessos e alergias. Logo se começou a produzir insulinas mais concentradas, com 20 e 40 unidades por ml, mais tarde 80 U por ml, e atualmente praticamente todas as insulinas produzidas são na concentração de 100 unidades por ml.(TSCHIEDEL, 2017)(GESSAT, 2017)

As técnicas de produção foram se tornando mais sofisticadas, diminuindo cada vez mais a presença de outras substâncias, como pró-insulina, glucagon, mas mesmo assim existiam pacientes que produziam anticorpos anti-insulina, principalmente quando em uso de insulina bovina. Por isso, em 1973 foi lançada a insulina suína monocomponente, geneticamente mais próxima à do homem, e com poucos contaminantes, que diminuiu bastante a produção de anticorpos. Entretanto uma das questões mais difíceis de resolver era a necessidade de múltiplas aplicações, pois ela tinha uma duração aproximada de ação de 4 horas. Muito tempo e verbas foram dispendidas até a produção da insulina com maior tempo de ação, a insulina *Neutral Protamine Hagedorn (NPH)*, que persiste no mercado até hoje.(TSCHIEDEL, 2017)(GESSAT, 2017)

Frederick Sanger descobriu a estrutura exata de aminoácidos da insulina permitiu a síntese de uma insulina “humana” e fez com que aos poucos as insulinas animais fossem sendo retiradas do mercado. A produção da primeira insulina por DNA recombinante foi anunciada em 1978, e ela entrou no mercado com mais vigor a partir da década de 1980. Desde então, a procura por insulinas que mimetizassem mais proximamente o perfil fisiológico da insulina humana endógena deu início a inúmeros pesquisas com esse intuito, a partir de modificações na estrutura molecular da insulina. Hoje temos inúmeros análogos da insulina humana no mercado, sendo a insulina lispro a primeira a ser lançada, em 1996, sendo considerada uma insulina ultrarrápida. Atualmente temos também a insulina asparte e a insulina glulisina, nesse mesmo nicho. Em relação às insulinas de ação prolongada, temos a insulina glargina (lançada em 2001 nos EUA), a insulina detemir, e está por entrar no mercado a insulina degludeca. Todas visando o mesmo objetivo, ou seja, tratar o paciente com diabetes o mais próximo possível do que o pâncreas de um indivíduo não diabético normalmente faria, dentro de um conceito basal-bolus. As insulinas de ação prolongada (basal) servindo para diminuir o débito hepático de glicose, e as insulinas de ação ultrarrápida (bolus) visando diminuir as excursões glicêmicas pós-prandiais, por isso também chamadas de insulinas prandiais.(TSCHIEDEL, 2017)(GESSAT, 2017)

Desde o início tentou-se as mais diversas formas de administração da insulina, como oral, retal, nasal e pulmonar. Entretanto, passam-se os anos, e os avanços nessa área

não se materializam de forma prática. A última tentativa efetiva foi com uma insulina de liberação pulmonar, mas que teve vida curta, tendo sido retirada do mercado pouco tempo após seu lançamento, devido a problemas até agora ainda não bem explicados. De qualquer forma, continuam os estudos com insulinas de liberação pulmonar, interessantes pela grande superfície e alta permeabilidade do epitélio pulmonar e também com insulinas orais, que obviamente seriam as mais desejáveis. Os dispositivos chamados de sistemas de infusão contínua de insulina, ou vulgarmente bombas de insulina, embora utilizem a mesma forma de administração da insulina que as seringas e canetas hoje existentes, ou seja, a via subcutânea, são um dispositivo que consegue reproduzir o esquema basal-bolus de uma forma mais próxima do que o pâncreas faria, utilizando apenas um tipo de insulina, em geral uma ultrarrápida. Mas como todo aparato tecnológico necessita de um treinamento intensivo para seu uso adequado.([TSCHIEDEL, 2017](#))([SOUZAI; ZANETTI, 2017](#))

Desde o início da procura pela secreção interna do pâncreas notava-se que havia casos mais brandos de pessoas com diabetes. Certamente todas as atenções estavam voltadas para aqueles que tinham a doença mais grave, mas a partir da descoberta da insulina ficava cada vez mais claro que muitos pacientes talvez nem necessitassem dela, conseguindo um controle metabólico razoável apenas com dieta e exercícios. Começou-se então a pensar no desenvolvimento de drogas orais para o diabetes (a própria insulina, quem sabe). Mas a insulina oral foi um fracasso, pois sua absorção é extremamente baixa. Em 1944, Loubatières constatou que inúmeros pacientes que vinham sendo tratados para febre tifoide com o derivado sulfonamídico isopropiltiadiazol iam a óbito após hipoglicemia prolongada. A partir de então, a pesquisa nesse campo avançou e em 1955 foi lançada a primeira sulfonilureia (grupo que atua potencializando a secreção pancreática de insulina), a carbutamida, logo seguida da tolbutamida, clorpropamida, acetoexamida e tolazamida. Depois veio a segunda geração de sulfonilureias, que foram a glibenclamida, a gliclazida, a glipirida e a gliquidona e, por último, a terceira geração, representada pela glimepirida. As biguanidas (que atuam através da diminuição da resistência, principalmente hepática, à ação insulínica) surgidas também nessa década, através da fenformina, tinham um bom efeito na diminuição da glicemia, mas essa droga foi retirada do mercado após a verificação de que muitos pacientes tinham acidose láctica quando de seu uso. A metformina, introduzida na década de 1960, após anos de desconfiança devido à fenformina, passou a ser cada vez mais utilizada, e hoje é a droga de eleição de todos os protocolos mundiais de tratamento do diabetes. A acarbose, um inibidor da alfa-glicosidase, droga que retarda a absorção de carboidratos, surgiu na década de 1980, mas embora com resultados favoráveis não é das drogas mais prescritas no mundo, devido a seus desagradáveis efeitos colaterais na área digestiva. As tiazolidinedionas, drogas sensibilizadoras da ação insulínica, principalmente no músculo esquelético, surgiram na década de 1990, mas logo sofreram um revés, devido à retirada do mercado da primeira droga desse grupo, a troglitazona, devido à sua hepato-

toxicidade. Em seguida vieram a rosiglitazona, também retirada do mercado por suposta ação deletéria cardiovascular, e a pioglitazona, que é a mais nova e a remanescente deste grupo. Também da última década do século XX são as glinidas - repaglinida e nateglinida – secretagogos de insulina como as sulfonilureias, mas de curta duração. Na primeira década do século XXI surgiram os inibidores do DPP-4, as gliptinas, hoje com vários representantes no mercado (vildagliptina, sitagliptina, saxagliptina, linagliptina). Essas drogas atuam aumentando o efeito de um hormônio intestinal, o GLP-1, produzido nas células neuroendócrinas do intestino delgado, e com isso incrementando a liberação da insulina endógena, praticamente sem provocarem hipoglicemia, pois têm efeito de modo glicose-dependente. Recentemente uma verdadeira revolução está se desenhando no arsenal terapêutico dos antidiabéticos orais, com o surgimento de uma nova classe de medicamentos, os inibidores dos transportadores de sódio-glicose (i-SGLT2). A partir da evidência de que os pacientes com DM2 têm um aumento da reabsorção tubular renal de glicose, passou-se a pesquisar essa molécula (SGLT2), que é expressa praticamente apenas no rim, sendo a responsável pela reabsorção da glicose no túbulo renal. Inibindo-se o SGLT2 aumenta-se a excreção renal de glicose. Portanto a glicosúria, parâmetro há séculos utilizado como indicador de descompensação do diabetes, será agora utilizada para o tratamento do diabetes. Temos por entrar no mercado, nesse grupo, a Dapagliflozina e a Canagliflozina. (TSCHIEDEL, 2017)(MANDAL, 2017)

Muito progresso ocorreu nos sistemas de monitorização da glicose nos últimos 40 anos, mas os modernos glicosímetros são quase todos muito parecidos em tamanho e forma. As tiras reagentes não mudaram sua aparência por muitos anos, mas agora requerem apenas 0,3 a 1 uL de sangue, e as tiras com biossensores dominam o mercado. As lancetas, outrora bem mais avantajadas, hoje são mínimas em tamanho e desenhadas para serem o menos dolorosas possível. (TSCHIEDEL, 2017)

Segundo a OMS o número de pessoas com diabetes aumentou de 108 milhões em 1980 a 422 milhões em 2014. A prevalência mundial da diabetes em adultos (maiores de 18 anos) aumentou de 4,7% em 1980 a 8,5% em 2014. A prevalência da diabetes aumentou com maior rapidez nos países de ingressos medianos y baixos. Acredita-se que no ano 2015 a diabetes foi a causa direta de 1,6 milhões de mortes. Outros 2,2 milhões de mortes foram causadas pela hiperglicemia no 2012. Aproximadamente a metade das mortes causadas pela hiperglicemia tem lugar antes dos 70 anos de idade. Segundo as projetes da OMS, a diabetes vai ser a sétima causa de mortalidade no ano 2030. (OMS, 2017)

Em uma Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, no ano 2015 mostrou-se que a diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos.

Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%([SAÚDE, 2017](#)).

4 Metodologia

A proposta do projeto de intervenção será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2 do município de Telêmaco Borba-Paraná.

A unidade de saúde dispõe de uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde que cobre a área de abrangência. A ESF tem cadastradas 3456 famílias com um total de população de 10 022 pessoas, onde tem um 13% dos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipos I e II. O projeto tem como objetivo melhorar nos portadores de Diabetes Mellitus a adesão ao autocuidado no âmbito da atenção primária à saúde.

Todos os pacientes que apresentam diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipos I e II e que estão cadastrados e acompanhados na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2, Telêmaco Borba-PR que apresentam dificuldades na adesão de atitudes ao autocuidado.

Para o presente projeto de intervenção será proposto as seguintes estratégias e ações:

1. Identificar, entre as pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde Parque Limeira Área 2, Telêmaco Borba-PR, os usuários portadores de Diabetes Mellitus do tipo I e II;
2. Realização de consulta médica agendada aos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Durante a consulta será realizada uma entrevista para caracterizar o conhecimento que os pacientes apresentam em relação à doença, uso regular de medicamentos hiperglicêmicos, prática de atividade física, seguimento dietético, autocuidado e complicações da patologia. O instrumento de registro utilizado na entrevista será o prontuário do paciente e neste terão dados como: hábito alimentar, prática de atividade física, uso de medicamentos, prevenção das complicações e serão mensurados a glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e estatura para cálculo do índice de massa Corpórea (IMC);
3. Após a coleta dos dados acima, realizar a seleção dos pacientes diabéticos com dificuldades na informação e adesão de atitudes ao autocuidado no seu cotidiano;
4. Agendar e planejar reunião com os pacientes selecionados para discutir os temas que deverão ser abordados nas atividades de educação em saúde. Também será explicada ao grupo a metodologia a ser utilizar em cada encontro e prever horário oportuno e duração para os encontros;
5. Realização das atividades de educação para o autocuidado em grupos que serão desenvolvidas por meio de grupos de educação em saúde. Nos encontros serão abordados assuntos de suma importância para os participantes para o controle da doença, sendo as atividades realizadas pela equipe de saúde, usando o modelo de grupo fechado que tem como característica a delimitação dos participantes, onde o grupo começa e termina com os mesmos participantes, tendo como vantagens a formação do vínculo de confiança intensificando a troca de experiências e todos têm acesso às informações simultaneamente

onde cada encontro pode gerar novas experiências. Será enfatizado o trabalho com base na técnica de grupos, pois permite o compartilhamento de informações entre as pessoas e contribuí para uma maior adesão ao tratamento quando comparado com o trabalho individualizado. A periodicidade dos encontros será semanal, sendo que cada encontro terá duração máxima de 50 minutos, tendo em conta o contexto da população, respeitando crenças, valores, uso de uma linguagem simples e clara e abordando os temas relacionados com a doença e o autocuidado tais como: (1) conceito e tipos de Diabetes Mellitus; (2) tratamento da doença; (3) atividade física na enfermidade; (4) alimentação; (5) cuidados e exames dos pés; (6) controle glicêmico; (7) complicações da doença; (8) importância do autocuidado. A primeira sessão de atividade terá como objetivo a apresentação dos participantes e também onde serão abordados os aspectos relacionados com o projeto de intervenção: temas que serão discutidos, duração de cada atividade, técnica de dinâmica de apresentação. A sessão final do programa de atividades desenvolvidas promoverá uma participação e interação dos pacientes com a equipe da saúde usando a dinâmica de grupo e relatos de experiências. Para o desenvolvimento dos conteúdos serão utilizados como material didático: slides, folhetos; cartazes, e figuras que abordem a alimentação saudável, também para as exposições se usaram seringas, agulhas, monitor de glicômetro.

6. No final de cada encontro, os participantes serão agendados para consulta e entrevista individual para avaliação das informações sobre a doença.

Avaliação e Monitoramento:

Conhecendo-se a relevância da realização de trabalhos que melhorem a qualidade de vida e saúde das pessoas com diabetes, o autor do estudo, após ter efetivado as ações planejadas, poderá avaliar com exatidão se os objetivos propostos foram alcançados, será realizada uma avaliação das intervenções através do prontuário do paciente. Durante este processo, os portadores de diabetes serão reavaliados durante a consulta em quanto a hábitos alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e dados como a mensuração da glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Também os resultados serão analisados pela equipe de saúde da família.

5 Resultados Esperados

Espera-se com o desenvolvimento deste projeto identificar 100% dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I e II com dificuldade na adesão ao autocuidado, caracterizar o nível de conhecimento desses pacientes sobre a doença, estimular mudanças no estilo de vida através da intervenção educativa e favorecer a capacitação dos pacientes quanto ao autocuidado, desenvolvendo atitudes que conduzam o portador da enfermidade à melhoria do controle metabólico e redução das complicações oriundas da doença.

Referências

- BORBA, P. municipal de T. *Historia de Telêmaco Borba*. 2017. Disponível em: <http://www.telemacoborba.pr.gov.br/a_cidade/historico/historico.php>. Acesso em: 21 Set. 2017. Citado na página 9.
- GESSAT, R. *Descoberta da insulina*. 2017. Disponível em: <<http://www.dw.com/pt-br/1921-descoberta-da-insulina/a-876464>>. Acesso em: 14 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2012*. 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>. Acesso em: 21 Set. 2017. Citado na página 10.
- MANDAL, D. A. *Historia de la Diabetes*. 2017. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)>. Acesso em: 15 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- OMS. *Diabetes*. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>>. Acesso em: 08 Dez. 2017. Citado na página 18.
- SAÚDE, M. da. *Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros*. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>>. Acesso em: 08 Dez. 2017. Citado na página 18.
- SOUZAI, C. R. de; ZANETTII, M. L. *Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes*. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420000030000>. Acesso em: 15 Nov. 2017. Citado na página 17.
- TSCHIEDEL, B. *A História do Diabetes*. 2017. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/historia-do-diabetes>>. Acesso em: 14 Nov. 2017. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 17 e 18.