

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

Katiuska Baez Almarales

**INTERVENÇÃO CONHECIMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA UBS
CENTRAL DE FORMIGUEIRO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA**

FORMIGUEIRO/PORTO ALEGRE 2018

INTERVENÇÃO CONHECIMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA UBS CENTRAL DE FORMIGUEIRO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado a UNASUS/UFSCPA como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal da Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet.

FORMIGUEIRO/ PORTO ALEGRE 2017

SUMÁRIO

1-Introdução.....	4
2-Estudo de caso Clínico.....	7
3-Promoção de saúde e Prevenção de doenças.....	10
4-Visita Domiciliar.....	13
5-Reflexão Conclusiva.....	15
6-Referencia.....	17
7-Anexo 1- Projeto de Intervenção.....	20

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Katiuska Baez Almarales, tenho 29 anos e sou natural de Cuba, província Mayabeque onde cresci e fiz meus estudos de educação básica. Estudei na Universidade de Ciências Médicas da Habana onde me graduei com título de Doutora em Medicina o dia 27 de julho de 2011. Iniciei minha carreira como profissional na capital de minha província, trabalhando na atenção básica, comecei minha especialização em medicina geral em setembro de 2012 recebendo o título de especialista em medicina geral integral no dia 8 de novembro de 2014.

Em dezembro de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil e desde então atuo na cidade de Formigueiro o município está localizado na região central do estado Rio Grande do Sul, a cidade é bem limpa e acolhedora, de manhã podemos olhar grande movimento nas ruas, muitos carros vêm e vão, as ruas são pavimentadas e estão em boas condições, as pessoas andam rapidamente, alguns vão a trabalhar e outros levam seus filhos à escola, as pessoas entram e saem do mercado com suas compras feitas. As casas são de cimento e madeira e muitas têm bonitos jardins em frente que dão uma cor agradável para a cidade. Trabalho na Unidade Básica de Saúde do centro Dor Sérgio Homrich localizada na Rua Vereador Adelino Cardoso, nº 150, faz mais de um ano onde ao princípio foi difícil o trabalho principalmente pelo idioma mas sempre tive ajuda de meus colegas e a gestão do município mais com o tempo e a ajuda da equipe começamos a fazer o principal trabalho que é promoção e prevenção de saúde começamos a fazer grupos das doenças mais vistas na consulta que são a hipertensão e a diabetes, fiz atividades de promoção na rua na unidade móvel onde fazemos Hgt e toma de pressão pesquisando a população onde encontramos pessoas que foram diagnosticadas pelas ações feitas pela equipe. Tem uma população de 7014 habitantes, a maioria descendentes de italianos, portugueses, afro-brasileiros e alemães quanto aos habitantes, 3470 são homens e 3444 são mulheres, 2769 moram na zona urbana e 4245 moram na zona rural, 280 têm menos de cinco anos e 1404 têm mais de 60 anos.

Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura e serviços. O município tem 3.99% de desempregados. A maior empresa da cidade é Cooperativa

Cotricel, que trabalha no ramo Produção e comércio de arroz e tem 2500 funcionários. O retorno de ICMS ao município é de 54626558 por ano e deste total, 20% são destinados para a SAÚDE.

A população cresce cerca de 0.34% por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local diminuindo cerca de 20%. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 20%, o que corresponde a 1404 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 70 e 80 anos. A esperança de vida ao nascer é de 70-74 anos para mulheres e para homens.

Quanto à escolaridade, temos cerca de 6.73% de pessoas analfabetas, contamos no município com sete escolas quatro delas na cidade onde as crianças recebem os conhecimentos necessários

Em relação à estrutura de saúde no município de Formigueiro com uma unidade básica de saúde mista com um total de 20 funcionários (UBS e ESF) que conta com consultórios médicos e de odontologia contatos com uma psicóloga, pediatra e ginecologista, um hospital que consta com trinta leitos. As causas de internação mais frequentes são as doenças cardiorrespiratórias; doenças endocrinometabólicas, quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são as de tipo cardiovascular, respiratórias e neurológicas. Temos identificados os fatores de risco que podem trazer aparição de doenças na comunidade, além disso, as doenças mais frequentes são as crônicas não transmissíveis como Hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído com a lei 804/91 3 de junho de 1991 e tem como presidente Ivette Homrich. O CMS tem atualmente 26 membros titulares, sendo 12 usuários, 11 representantes dos trabalhadores em saúde, 8 dos prestadores de serviço e 3 dos gestores. Contamos com uma unidade de pronto atendimento além disso temos uma ESF em Fundo de formigueiro e Cerro do loro além disso conta com uma unidade de estratégia de saúde familiar móvel que brinda atendimento as áreas rurais contamos com 2 laboratórios clínicos e 4 farmácias contamos com 2 ópticas.

O Projeto de Intervenção na Unidade Básica de Saúde foi sobre as complicações da diabetes com o título: "Conhecimento dos pacientes diabéticos da UBS central de Formigueiro sobre as complicações da doença" (Anexo 1). O trabalho foi direcionado para os pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus com a proposta de brindar informações sobre as complicações da doença e capacitarão sobre os cuidados dos pacientes para aumentar os conhecimentos. A escolha da temática foi pela alta prevalência de 6.3% pessoas diabéticas com um número de 192 além das complicações e os estilos de vidas errados que tem os pacientes com esta doença que agravam a situação e aceleram a aparição das complicações o objetivo foi melhorar de forma significativa as condições de saúde da população especificamente do grupo de usuários diabéticos. A metodologia foi a identificação dos usuários diabéticos e o convite pessoal feito pela equipe de saúde, seguindo o cronograma determinado.

2 ESTUDO DE CASO CLINICO

Dentre os problemas de saúde mais atendidos no município de Formigueiro onde trabalho como medica e o aumento dos pacientes com diabetes mellitus uma doença crônica com uma prevalência de 6,3% no município que aumenta gradualmente no mundo.

Segundo (DIABETES UK, 2012) a taxa de incidência no Brasil é de 7,7 para cada 100 mil na população abaixo dos 15 anos. Diabetes mellitus tipo 2 apresenta a maior quantidade de enfermos está presente no 90% ao 95% dos casos de diabetes mellitus está caracteriza por defeitos na secreção da insulina ou pela ação do hormônio

Segundo (AMERICANA DIABETES ASSOCIATION, 2012). Principalmente ocasionada pelos hábitos incorretos de alimentação, além disso, existe aumento do sedentarismo, as pessoas levam uma vida agitada e não cuidam da saúde perdem muitas vezes a oportunidade de fazer atividade física ao ar livre além dos estilos de vidas errados que aumenta o índice de obesidade um dos fatores principais da doença é frequente encontrar na população pacientes com diabetes que não assistem a consulta ou que não fazem tratamento porque não consideram importante o controle da doença ou não aceitam mudar os estilos de vidas errados. Portanto a ênfase e dialogo sobre o tema nas consultas deve ser regra a seguir.

O caso relatado e do paciente masculino de 70 anos, de raça negra aposentado com 78 kg de peso, 1.60 cm de estatura com histórico de diabetes mellitus, mora fora da cidade com sua esposa de 65 anos hipertensa controlada com o tratamento medicamentoso com diagnóstico da doença faz mais de 10 anos tem dois filhos, uma filha de 30 anos que é professora que tem uma criança de 10 anos o filho que tem 45 anos pedreiro casado e tem uma criança de 4 anos e outra de 8 anos eles não moram com os pais mais tem boa relação familiar, a vivenda tem boas condições estruturais e de higiene se apresenta na consulta pela orientação do seu agente de saúde porque ele foi diagnosticado com diabetes faz, mas de dois anos e abandonou o tratamento com hipoglicemiantes orais, além disso, leva uma vida sedentária e apresenta hábitos de alimentação inadequada, na visita domiciliar feita pela agente de saúde refere que abandonou o tratamento porque não considera que

fora necessário tomar remédio de forma contínua. Na primeira consulta assiste e refere fadiga e refere muita perda de peso, fiz uma anamnese profunda e descobri que tem histórico familiar de mãe diabética e o pai com hipertensão arterial, no triagem feito pela enfermagem apresentava Hgt capilar de 230 mg/dl, ao exame físico foi constatado a perda de peso, não encontrei alterações na auscultaçã pulmonar, frequência cardíaca de 80 por min, pressão de 130/70 mmHg, durante o tempo da consulta falei muitas vezes sobre a importância do tratamento com hipoglicemiante oral para o controle da doença e a troca do modo e estilo de vida, ao final da consulta indique exames de sangue, orientações sobre alimentação e a realização de atividade física, indiquei o tratamento oral com a metformina 500mg duas vezes ao dia. Ao segundo encontro o paciente assiste com os resultados dos exames indicados na consulta anterior encontrando uma hemoglobina glicosilada de 10.9 %, triglicérides 330mg/dl e o colesterol total de 230 mg/dl, HDL colesterol de 20 mg/dl, voltei fazer uma conversa profunda sobre as complicações como a neuropatia diabética que segundo (SAMPAIO, 2007) a nefropatia diabética (ND) ocorre principalmente em diabéticos do tipo 2, mas em alguns países como a Finlândia, ocorre principalmente nos portadores de DM tipo 1. Os estádios iniciais da doença tem como característica uma perda mínima de albumina na urina, tomando o nome de microalbuminúria ou nefropatia incipiente que com o passo do tempo empiora até alcançar estádios mais graves.

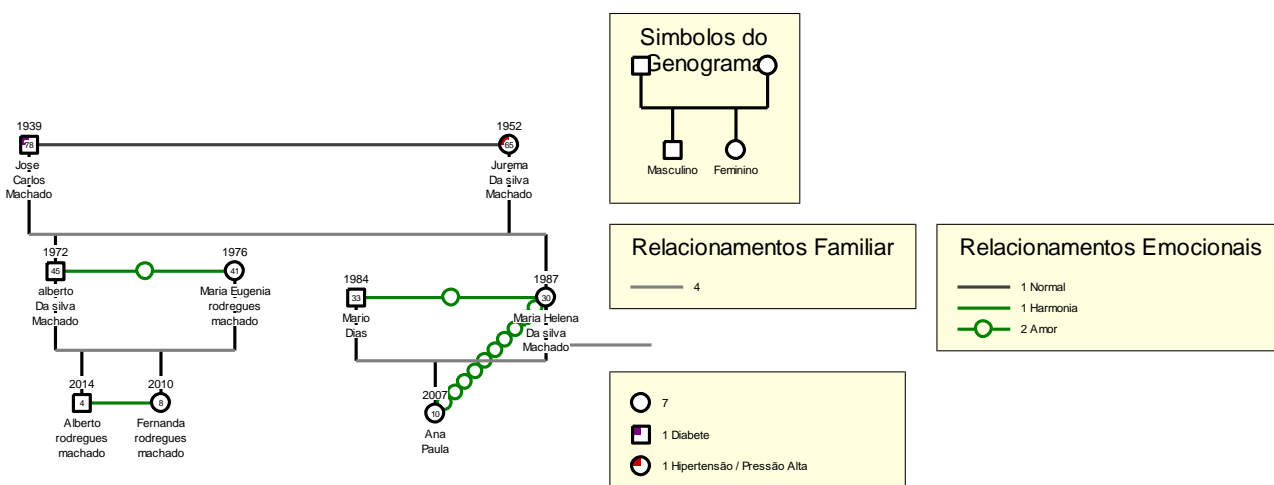
Segundo (SCHAAN, 2004) as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2. Diversos fatores de risco como a presença da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), da Nefropatia Diabética podem estar associadas a complicações cardiovasculares.

Conforme os estudos de FOSS et al. (2005) afirmam que o diabetes mellitus acentua o envelhecimento da pele que é frequente a acentuação das ceratose solar e ceratose seborreia em diabéticos tipo 2 com isto demonstre a importância do controle da doença sobre a alimentação e a mudança do estilo de vida mostre para ele que a doença pode ser controlada com bons resultados se fazemos atividade física moderada todos os dias por o tempo de 30 min, que o controle da glicemia não é só feita pelos remédios também depende da alimentação o paciente mostrou atento as orientações fiz várias perguntas para mim interessado em conhecer sobre a doença e as medidas a tomar para melhorar sua saúde ao final da consulta indiquei

sinvastatina 20 mg um comprimido de noite indico voltar em seis meses para fazer reavaliação e ajuste do tratamento.

Neste caso é bem evidente o abandono dos pacientes da sua saúde e evidente o descuido da população ante as doenças crônicas e desconhecimento das complicações da diabetes mellitus neste caso, e importante destacar o papel da agente de saúde que cumprindo com a promoção e prevenção de saúde fiz o trabalho adequado, neste caso se associam duas doença que representam fatores de risco que podem causar complicações cardiovasculares e cerebrovasculares causas fundamentais de morte na população e por isso importante que o paciente seja tratado como um todo tratar os fatores de risco desencadeante da doença, e importante continuar fazendo um trabalho profundo de prevenção e promoção de saúde para que o paciente conheça sobre as doenças crônicas seus tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, realizar avaliação periódica das doenças para evitar aparição das complicações fazer o controle da adesão do tratamento dos pacientes para o melhor controle da doença.

Genograma



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Já faz mais de ano que me encontro trabalhando no município de Formigueiro pelo programa mais médicos, ao princípio foi bem difícil com a população porque não tinha dados suficientes pra fazer uma análise situacional ferramenta principal para o trabalho esta foi a primeira tarefa que comecei fazer um cadastro das pessoas com ajuda da equipe e dos agentes de saúde começamos a dispensação da população com os principais dados nome idade doença tratamento tempo de evolução das doenças complicações, este foi o começo do trabalho que ainda fazemos porque começamos organizar o trabalho e surgiu mais problemas ainda resulta que a população do município encontrasse com mais do 90% das pessoas que consomem remédios controlados indicados pelos especialistas ou pelos outros médicos antes que trabalhavam na UBS encontrados no estudo que é muito frequente a polifarmácia e que os pacientes muitos tomam remédios de cinco ou mais categorias por muitos anos sem avaliação dos especialistas porquê é muito frequente que eles vão a consulta e depois não regressam porque só renovam as receitas pratica que foi feita na UBS por anos e anos isto é um grave problema e determinamos no equipe e com meu colega fazer uma estratégia conjunta com a secretaria de saúde e a prefeitura com ajuda das psiquiatras da área e a psicóloga de diminuir o consumo de remédios controlados e diminuir a poli farmácia.

Segundo RAMOS et al. (2016) A população brasileira passa por um processo acelerado de envelhecimento. O Brasil tem hoje cerca de 16 milhões de idosos e até 2025 serão cerca de 32 milhões, provocando um aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população demonstrando que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para ser um grande utilizador de medicamentos

BARBOSA (2014) refere no seu trabalho que alguns autores definem a poli farmácia como o consumo simultâneo de cinco ou mais medicamentos, e está presente em esquemas terapêuticos clássicos, com o objetivo de melhorar a eficácia desses medicamentos, reduzir suas toxicidades, ou tratar doenças coexistentes.

Segundo HANSTEN & HORN, (2009) As interações medicamentosas potenciais descrevem a capacidade de um fármaco modificar a ação ou o efeito de outro medicamento administrado sucessiva ou simultaneamente.

Segundo GORZONI (1995) as interações medicamentosas são definidas como a modulação da atividade farmacológica de um determinado medicamento pela administração prévia ou concomitante de outro medicamento. Podem ser classificadas conforme as suas ações no organismo em duas categorias: sinérgica quando seus efeitos combinados são maiores que seus efeitos individuais e antagônicas e antagônica, quando o efeito resultante é menor que a combinação dos efeitos dos dois medicamentos isolados.

Segundo a OMS a Reação Adversa a Medicamento (RAM), é definida como “qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade”, considerando que os eventos adversos relacionados ao medicamento podem ser considerados como um dos principais fatores associados à morbidade e mortalidade nos serviços de saúde.

Segundo ALMEIDA, (1999) descreve que os antidepressivos (42,4%), drogas anti-hipertensivas (32,6%), e benzodiazepínicos (21,2%) eram as medicações mais frequentemente utilizadas. Análise de regressão logística indicou que os escores da Saffee-Up eram influenciados de forma significativa pelo número de diagnósticos clínicos, mas não pela idade, sexo, número de diagnósticos psiquiátricos ou de medicações.

Segundo COELHO (2004) os benzodiazepínicos de ação prolongada foram os medicamentos inadequados mais frequentes, sendo usados por aproximadamente 7% dos idosos. Isto reflete o alto consumo de benzodiazepínico.

Pelos argumentos antes descritos nosso trabalho de promoção e prevenção foi direcionado a diminuir a quantidade de medicamentos nos pacientes que moram na área de abrangência e foi assim que traçamos em conjunto com as especialistas uma avaliação da população para retirar os remédios que faziam muito tempo os pacientes tomavam sem prescrição adequada e só deixamos o que verdadeiramente precisavam todos os pacientes que assistiam a consulta eram avaliados para comprovar a adesão ao tratamento indicado foi diminuído a prática errada de renovar receitas que por tantos anos foi feita pelos médicos ao princípio foi feita reuniões com a população explicando o objetivo da estratégia e a importância de acudir a consulta para avaliação apresentamos dificuldade mas depois de já cinco meses de estratégia a população está acostumada assistem a consulta intercambia ideias com nós e falam das dúvidas no grupos criados existindo uma retroalimentação com o equipe e a população logrando-se o objetivo principal diminuir o consumo de medicamentos e logramos promover estilos de vidas saudáveis na população e assim melhorar a qualidade de vida deles que es nosso principal meta na atenção básica de saúde.

4 VISITA DOMICILIAR

Meu trabalho no município de Formigueiro Rio Grande do Sul na Unidade Básica de Saúde do centro começou em fevereiro do 2017 nos inícios não fazia visitas domiciliares ou outros acompanhamentos para os pacientes na área de abrangência o motivo principal era a falta do transporte para a realização das visitas em maio deste mesmo ano os agentes de saúde em conjunto com nós começamos fazer um trabalho de levantamento dos usuários pra determinar todas as pessoas que estavam necessitando acompanhamento domiciliar pessoas cadeirantes, com doenças crônicas que não conseguem assistir a consulta por que muitos deles encontrasse prostrados o dependem de seus familiares e cuidadores para seu traslado foi com este trabalho que organizamos por prioridades a população que precisava das visitas ou acompanhamento em casa a maioria deles são pessoas com doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus com complicações e muitos com amputações dos membros inferiores produto dos pês diabéticos, foi difícil ao princípio que a gestão cooperar conosco, mas mostramos para eles o resultado do trabalho pra justificar a grande parte da população que estava em casa sem acesso a saúde priorizamos as pessoas mais idosas que fazia mais de ano que não recebiam atenção medica e apresentavam muitas complicações produto das doenças muitas delas descompensadas, agora quase um ano depois a maioria da população foi vista em visita domiciliar que são agendadas pelas enfermeiras com ordem de prioridades e são informadas todas as segundas feiras na reunião da equipe com ajuda dos agentes de saúde que fazem um trabalho importante no seguimento das orientações medicas ainda apresentamos muitas limitantes as vezes e difícil o trabalho pela falta da gestão a falta do transporte ou a tardança dos motoristas o que faz mais difícil o trabalho ainda mais muito dos pacientes não acreditam nas orientações medicas o não fazem o que orientamos na população ainda tem pessoas que não gostam dos médicos geral que não acreditam que o câmbio do estilo de vida o as mudanças nas medidas higiênicas pode controlar muita das doenças presentes em eles, outro dos problemas que limitam o trabalho são os encaminhamentos dos pacientes que precisam de avaliação especializada no meu município de atuação não existe ainda o NASF temos limitações com as

consultas do nutricionista o que faz mais difícil a avaliação dos pacientes porque muito deles quando são encaminhados não assistem as consultas por a limitante que eles relatam como que não tem dinheiro pra pagar o transporte o muitos moram no interior do município o que dificulta ainda mais o acesso médico.

Em sentido geral não fazemos visitas domiciliares para o seguimento das doenças agudas porque os pacientes sempre são assistidos no hospital do município

As visitas são feitas em conjunto a equipe de saúde medico técnico de enfermagem e a enfermeira junto com os agentes de saúde que já conhecem bem a os pacientes sempre aproveito nas visitas de fazer um trabalho geral não só centrado no paciente também faço um trabalho de acompanhamento a familiar sempre es feito um recorrido ao domicilio com orientações gerais desde o cuidado ambiental medidas de higiene geral e medidas de alimentação para toda a família fazemos um trabalho importante com o cuidado das crianças e o controle dos acidentes domésticos que são tão frequentes na população esses são algum dos temas que aproveitamos sempre orientar a família também e feito o controle da pressão e Hgt nos pacientes porque a maioria deles apresentam diabetes mellitus associada com hipertensão muitos deles também recebem curativos que são feitos pelos técnicos em geral sinto gratificação quando os pacientes são receptivos não orientações e se mostram interessados pelo trabalho que fazemos e olhamos quando voltamos para uma segunda visita que a família foi capaz de assimilar o câmbio e assim comprovamos que a promoção em saúde é um arma poderosa nas mãos dos profissional da saúde.

5 RELEXÃO CONCLISIVA

Foi importante pra mim como profissional sair de Cuba para começar trabalhar no programa Mais Médicos para o Brasil e participar da estratégia da família um trabalho diferente que ao princípio foi difícil pra mim mais o curso de especialização em saúde da família foi o caminho que fiz mais fácil o trabalho foi a ferramenta para desenvolver um melhor atendimento dos pacientes foi o inicio de um largo ano de estudo de pesquisa de descobrimento da atenção primaria de saúde do Brasil, foi o momento de fazer um trabalho mais organizado com a realização do estudo situacional da população o cadastramento dos pacientes com doenças crônicas aprendi melhorar o atendimentos as doenças crônicas com uma avaliação mais especifica, fazer um seguimento mais adequado a saúde dos idosos e as crianças a os atendimentos dos casos de violência a estes grupos vulneráveis da população como as mulheres, idosos e crianças. Logre modificar os atendimentos pré-natais e puericultura. O curso foi de muita importância para mim já que consegui atingir minhas metas e fortalecer meus conhecimentos o curso foi muito proveitoso já que mostrou como melhorar as condutas a seguir em cada aula em cada atividade feita teve a oportunidade em cada fórum de interagir com meus colegas a distancia e compartilhar experiencias e analisar em conjunto os principais problemas de saúde que afetam a população.

A postura como profissional mudou em quanto nas questões da organização o planejamento das ações mudou muito os atendimentos e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas como diabetes mellitus, e muito importante questões relacionadas à saúde mental.

Logramos um adequado acompanhamento as crianças com a reincorporação do aleitamento materno exclusivo algumas das crianças menores de seis meses que suas mães deixaram pelo desconhecimento da importância desta pratica, logramos melhoras a saúde reprodutiva das mulheres incentivando o uso de camisinhas para evitar as gestações não desejadas e principalmente a transmissão de doenças sexuais.

O curso me permitiu aprender como fazer minha agenda de trabalho e como organizar as consultas programadas aprendi a organização dos grupos pra fazer

intervenções de prevenção de saúde assim consegui fazer um projeto de intervenção sobre as complicações da diabetes bem frequentes no município e assim obter resultados alentadores que me ajudarão pra criar condutas certas para modificar estilos de vida e assim diminuir o numero de pacientes com complicações devida a diabetes.

Logramos levar a cabo a educação permanente em saúde incrementar o conhecimento dos profissionais de saúde da equipe, introduzindo assim uma nova pauta nas reuniões da equipe com discussões de temas de saúde, foram desenvolvidas diversas ações de prevenção e promoção de saúde como os grupos das doenças crônicas feitos para um melhor acompanhamento foi feita uma estratégia pra diminuir a quantidade de pessoas com tratamento de medicamentos controlados estratégia que ainda se encontra em pratica foram feitas palestras nas escolas sobre saúde reprodutiva ente outras ações feitas para assim fazer cada dia melhor o atendimento do povo brasileiro principal objetivo de nosso trabalho.

Posso concluir que foi um ano de muito aprendizagem, de noites de estudo e de sacrifício que hoje da frutos porque mudou minhas condutas como profissional mudou a forma de trabalhar na atenção primaria e de organizar o trabalho diário na UBS, aprendi interagir cada dia com a equipe, foi evidente que é necessário aumentar os conhecimentos cada dia para o melhor desenvolvimento do trabalho e lograr uma melhor adesão da população nas atividades de promoção e prevenção tudo com o principal e mais importante objetivo brindar todos os dias melhor saúde e atendimento medico a os pacientes razão de nosso trabalho.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM's **Guidelines for exercise testing and prescription**. Philadelphia, 2010.

AMERICANA DIABETES ASSOCIATION - ADA **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. (2012),

ALMEIDA, O. P. et al. Risk factors and consequences of polypharmacy among elderly outpatients of a mental health service. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. **21**, n. **3**. **1999**.

BAGGA P.; Verma, D.; Walton, C.; Masson, E. A.; Hepburn, D. A. Survey of diabetic retinopathy screening services in England and Wales. **Diabetic medicine**,15, 780-782. (1998),

Browne, M. Biochemistry and molecular cell. **Biology of diabetic complications**. **Nature**,414, 813-820 (2001)

Barbosa Mariana. Detecção e avaliação das interações medicamentosas potencialmente prejudiciais para idosos **PROJETO BAMBUÍ Belo Horizonte Junho/2014**

COELHO FILHO, J. M; MARCOPITO, L. F; CASTELO, A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. **38**, n. **4**, ago. **2004**,

FUNNEL MM, et al. **National Standards for Diabetes Self-Management Education**. **Diabetes Care**. 2008

Foss-Freitas, M. C.; Junior, W. M.; Foss, M. C Neuropatia autonômica: uma complicação de alto risco no diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,52, 398-406. (2008),

Foss, N. T.; Polon, D. P.; Takada, M. H.; FossFreitas, M. C.; Foss, M. C, Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. **Revista de Saúde Pública**,39, 677-682. (2005)

Frykberg, R. G.; Lavery, L. A.; Pham, H.; Harvey, C.; Harkless, L.; Veves, A. Role of neuropathy and high foot pressures in diabetic foot ulceration. **Diabetes Care**,21, 1714-1719. (1998)

Fuscaldi, F. S.; Balsanelli, A. C.; Grossi, S. A. Locus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem USP**,45, 855-861. (2011),

GUYTON, Arthur et al. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro 2006.

Gross, J. L.; Nehme, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Revista Associação Medica Brasileira**, v 45, n 279-284. (1999)

Hansten PD, Horn JR. Drug interactions analysis and management. **Facts & Comparisons. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (2009)**.

Josh, N.; Caputo, G. M.; Wettkamp, M. R.; Karchmer, A. W. (1999), Infections in patients with diabetes mellitus. **The New England Journal of Medicine**, 16, 1906-1912.

Koivukangas, V; Annala, A. P.; Salmela, P. I.; Oikarinen, A. Dela drestoration of epidermal barrier function aftersuction blister injury in patients with diabetes mellitus. **Diabetic. Medicine**,16, 563-567. (1999),

Martínez y M. M. E. **Neuropatias periféricas diabéticas numa população brasileira**. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. (1986),

Nishikawa, T.; Edelstein, D.; Brownlee, M. The missing link a single unif ingmechanism for diabetic complications. **Kidney internacional Supplement**,77, S26-30. (2000),

Palmer, J. P.; Asplin, C. M.; Clemons, P.; Lyen, K.; Tatpati, O.; Raghu, P. K.; Paquette, T. LInsulin antibodies in insulin-dependent diabetics before insulin treatment. **Science**,222, 1337-1339 (1983)

Pham, H.; Armstrong, D. G.; Harvey, C.; Harkless, L. B.; Giurini, J. M.; Veves, A. (2000), Screening techniqueto identify people at high risk for diabetic foot ulceration: a prospective multicentertrial. *Diabetes Care*,23, 606-611.

Rosa, M. P.; Baroni, G. V.; Portal, V. L. Potencial terapêutico para a prevenção e tratamento da nefropatia e neuropatia diabéticas: evidências do uso do cilostazol. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,51, 1528-1532. (2007)

Ryder, R. E. (1998), Screening for diabetic retinopathy in the 21st century. **Diabetic. Medicine**,15, 721-722.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes mellitus**. Rio de Janeiro, 2007.

Sampaio, E. A. H. G. G.; Delfino, V. D. A. (2007), Nefropatia e retinopatia em diabéticos do tipo 1 de um programa de atendimento multiprofissional universitário. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,51, 410-418.

Brasileira, v 17, n 13-16. (2009)

Sacco, I. C. N.; Nogueira, G. C.; Bacarin, T. A.; Casarotto, D.; Tozzi, F. L. Alteração do arco longitudinal medial na neuropatia periférica diabética. **Revista Ortopédica**

Sibbald, R. G.; Schachter, R. K. Internacional Society of dermatology **The skin and diabetes mellitus**.,23. (1984),

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEMS -USRDS Excerpts fromthe 2002 anual report: Atlas ofend-stage renal disease in the United States. **The American Journal of Kidney Diseases**,41, v-ix, S7- 254. (2003),

Vieira-Santos, I. C. R.; Souza, W. V.; Carvalho, E. F.; Medeiros, M. C. W. C.; Nóbrega, M. G. L.; Lima, P. M. S Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saude Maternal Infantil**, v 8, (2008),

7 ANEXOS

ANEXO 1

Projeto de Intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**CONHECIMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA UBS CENTRAL DE
FORMIGUEIRO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA**

Katiuska Baez Almarales

PORTO ALEGRE

2017

Resumo

O diabetes mellitus (DM) apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida dos pacientes. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Assim, a prevenção do diabetes e suas complicações tem sido prioridade para a saúde pública, e o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família continua sendo um desafio para a equipe de saúde nas últimas décadas. O Diabetes mellitus (DM) tem se tornado um sério problema de saúde pública. O crescente número de pessoas portadoras. Este trabalho propõe aplicar um plano de intervenção nos usuários diabéticos da Unidade Básica de Formigueiro, pela equipe de saúde, com o objetivo identificar os conhecimentos que os pacientes diabéticos para lograr nosso objetivo faremos a capacitação educativa para aumentar o nível de conhecimento da equipe básica de saúde vamos executar ações educativas em usuários com Diabetes Mellitus e depois vamos avaliar a intervenção educativa. O projeto em questão pretende melhorar de forma significativa as condições de saúde da população da área de abrangência da UBS de Formigueiro, especificamente do grupo de usuários diabéticos.

Palavras-chaves: Diabetes, Complicações, atenção primaria de saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO-----	04
2 OBJETIVOS-----	06
2.1 Objetivo General-----	06
2.2 Objetivos Específicos-----	06
3 REVISÃO DE LITERATURA-----	07
4 METODOLOGIA-----	11
5 CRONOGRAMA-----	13
6 RECURSOS NECESSARIOS-----	14
6.1 Organizacionais-----	14
6.2. Econômicos-----	14
6.3. Cognitivos-----	14
7 RESULTADOS ESPERADOS-----	15
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	16
9 ANEXOS-----	19

1 INTRODUÇÃO

Segundo (GUYTON, 2006) o diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada como uma síndrome metabólica, causando uma disfunção no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, o que vai ocasionar uma resistência à insulina.

Segundo (ACSM, 2010) o diabetes mellitus é classificado conforme a natureza do distúrbio, sendo o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) de caráter autoimune e a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é consequência de hábitos e estilo de vida favoráveis ao aparecimento da doença, ocasionando a resistência ao hormônio regulador da glicose, em ambos casos a genética influencia nas manifestações da doença. Segundo (DIABETES UK, 2012) a taxa de incidência no Brasil é de 7,7 para cada 100 mil na população abaixo dos 15 anos.

Segundo (IDB.BRASIL, 2006) nos estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando existe menção ao DM no atestado de óbito, tem um aumento das taxas de mortalidade por essa enfermidade, podendo aumentar até 6,4 vezes nestes estudos reflexa que no ano 2005 diabetes mellitus foi responsável por 1.310 óbitos no Ceará sem contar a sua participação como comorbidade nós analisamos que tudo isto tem muita relação com a natureza crônica da doença associada a gravidade de suas complicações tornando-se uma doença muito onerosa não só para saúde pública ,também para as pessoas e suas famílias afetando a qualidade de vida deles com um grão impacto em suas vidas.

Segundo (FUNNELL, 2008) a educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com diabetes mellitus, segundo estudo de (DAVIES, 2008) educar os pacientes com DM pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição.

PROBLEMA

O município de Formigueiro na saúde tem sido contemplado pela implementação de equipes de estratégias de saúde da família (ESF). Sabe-se que a cobertura da atenção básica está em torno de 55,9% e a sua principal atividade está voltada para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, e prevenção de doenças e agravos.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) central do município de Formigueiro possui uma equipe formado por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e uma atendente de serviços gerais. A UBS atende a toda a população. Neste local onde eu atuo como médica tem cadastrado 190 usuários diabéticos; tal situação é alarmante, pois muitos são integrantes de um mesmo núcleo familiar e encontram-se vulneráveis ao desenvolvimento de complicações, associadas em muitas ocasiões às mãos hábitos de vida.

JUSTIFICATIVA

Com a realização deste trabalho nos queremos melhorar o conhecimento e a percepção do risco dos pacientes diabéticos, mediante ações de promoção e prevenção de saúde, evitando complicações com seqüelas e promover uma melhor qualidade de vida deste usuário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os conhecimentos que os pacientes diabéticos da UBS central de Formigueiro têm sobre as complicações da Diabetes Mellitus

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar capacitação educativa para aumentar o nível de conhecimento da equipe básica de saúde
- Executar ações educativas em usuários com Diabetes Mellitus
- Avaliar a intervenção educativa aplicada

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Diabetes mellitus (DM) é definida como umas doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia decorrente de problemas no mecanismo de produção e/ou ação da insulina em tecidos periféricos esta patologia e classificada conforme a sua etiologia como diabetes tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (AMERICANA DIABETES ASSOCIATION, 2012).

A Diabetes mellitus (DM) é definida como umas doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia decorrente de problemas no mecanismo de produção e/ou ação da insulina em tecidos periféricos esta patologia e classificada conforme a sua etiologia como diabetes tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (AMERICANA DIABETES ASSOCIATION, 2012).

Segundo (AMERICANA DIABETES ASSOCIATION, 2012) a diabetes mellitus tipo 1 também conhecida como diabetes do jovem, está presente em 5% a 10% tem uma etiologia de tipo autoimune com uma marcada destruição das células beta-pancreáticas produtora do hormônio insulina e em consequência tem uma diminuição da insulina em sangue provocando o aumento da glicemia e provocando assim os sinais da doença.

Segundo (SAMPAIO, 2007) a diabetes tipo 1 também está associado às complicações crônicas microvasculares e macro vasculares, comprometendo estruturas de órgãos como rins, olhos, nervos, vasos e coração.

Diabetes mellitus tipo 2 apresenta a maior quantidade de enfermos está presente no 90% ao 95% dos casos de diabetes mellitus está caracteriza por defeitos na secreção da insulina ou pela ação do hormônio segundo (AMERICANA DIABETES ASSOCIATION, 2012).

Segundo (VIEIRA, 2008) refere que nos últimos anos a diabetes mellitus e um fator para o aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas se descreve como complicações agudas a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar entre as complicações crônicas encontra-se as alterações na microcirculação, originando retinopatia e

neuropatia; no macro circulação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica além de neuropatias.

A diabetes está caracterizada por sintomas, da fase aguda são como a poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento e perda da força. As complicações degenerativas mais frequentes são: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), micro angiopatia, neuropatia e neuropatia segundo VIEIRA e SANTOS (2008) em seus estudos.

O desenvolvimento da doença microvascular específica na retina, no glomérulo renal em os nervos periféricos, bem como a doença macro vascular aterosclerótica acelerada, provocando afetações nas artérias que irrigam ao coração, cérebro e extremidades, provocando as complicações da diabetes nos tipos 1 e 2 segundo BROWNLEE (2001); NISHIKAWA (2000).

Segundo (ROSA, 2007) a diabetes mellitus é um problema de saúde pública, principalmente devido às complicações da doença que provocam incapacidade e diminuem a qualidade de vida, além de requerer tratamento oneroso ao sistema de saúde.

A neuropatia diabética a neuropatia autonômica diabética é a complicação crônica de maior prevalência entre os pacientes com DM (40% dos afetados) não se considera como fator de causa morte e contribui a incapacitação presente nas fases mais avançadas da doença segundo (VIEIRA, 2008). Esta neuropatia autonômica afeta principalmente aos sistemas cardiovascular, digestivo, urogenital, o sistema glandular segundo (FOSS-FREITAS, 2008).

Segundo (MARTINEZ, 1986) em um estudo com 68 pacientes diabéticos submetidos a uma avaliação neurológica mais sofisticada, na qual se utilizou métodos eletrofisiológicos, mostrou que 61,8% dos avaliados apresentaram neuropatia clinicamente detectável.

Segundo (CORRÊA, 2005) determina que a retinopatia diabética se apresenta como a complicação ocular mais severa estando entre as principais causas de cegueira irreversível no Brasil e no mundo. Frequentemente, manifesta-se de forma tardia, sendo encontrada em mais de 90% dos indivíduos portadores de DM1 após 20 anos do diagnóstico SBD, (2009); UKPDSG, (1998).

(SAMPAIO, 2007) diz que frequência da retinopatia diabética está presente em cerca do 60% dos pacientes, afirmando que as primeiras manifestações são micro aneurismas, pequenos exsudados (extravasamento de lipoproteínas) e hemorragias puntiformes na retina segundo

(BAGGA, 1998) afirma que a retinopatia diabética se encontra associada ao 90% dos casos de cegueira, destes 40% estão entre os 25 e 74 anos de idade, esta pode ser evitada fazendo um correto controle da glicemia e as doenças concomitantes. Segundo CORRÊA, (2005); GROSS, (1999) as medidas de controle diminuem a progressão das alterações retinianas, pôr o que es fundamental fazer um diagnóstico precoce da doença para evitar as lesões comprometedoras da visão.

(KUIKANGAS, 1999) diz que os pacientes com DM são mais susceptíveis a uma série de complicações de origem metabólica e/ou infecciosa, como os processos bacterianos, fungicidas e virais. Segundo (SIBBAL, 1984) as implicações próprias da doença que incluem alterações vasculares e neurológicas, contribuem ao agravamento das condições existentes.

Conforme os estudos de FOSS et al. (2005) afirmam que o diabetes mellitus acentua o envelhecimento da pele que es frequente a acentuação das ceratose solar e ceratose seborreica em diabéticos tipo 2 e presença desta última em um grupo de diabéticos tipo 1.

(FRYKBEG, 1998) é estimado ainda que 20% das hospitalizações atribuídas ao diabetes são resultados das úlceras e infecções nos pés. Segundo (SACCO, 2009) Outro estudo indica que as ulcerações relacionadas ao pé do diabético estão associadas ao aumento da mortalidade.

Segundo (SAMPAIO, 2007) a nefropatia diabética (ND) ocorre principalmente em diabéticos do tipo 2, mas em alguns países como a Finlândia, ocorre principalmente nos portadores de DM tipo 1. Os estádios iniciais da doença tem como característica uma perda mínima de albumina na urina, tomando o nome de microalbuminúria ou nefropatia incipiente que com o passo do tempo empiora até alcançar estádios mais graves.

Segundo (SCHAAN, 2004) as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2. Diversos fatores de risco como a presença da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), da Nefropatia Diabética podem estar associadas a complicações cardiovasculares.

4 METODOLOGIA

Com base em que a Diabetes mellitus é uma doença crônica silenciosa que é causa de muitas complicações para os órgãos-alvo que podem provocar a morte dos pacientes com diabetes, de que na maioria dos casos são causas desconhecidas, torna-se necessário determinar que influência tem sobre elas os hábitos de vida para poder realizar um bom programa de prevenção que, por um lado, diminua o risco de padecê-la e, assim, a morbidade e a mortalidade.

Este trabalho será um projeto de intervenção, e para sua realização serão desenvolvidas as seguintes etapas descritas abaixo:

4.1 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O projeto será desenvolvido na área de abrangência da UBS central do município de Formigueiro no estado Rio Grande do Sul. A UBS é um local com uma sala de espera, uma sala de vacina, uma sala de consulta, uma sala de enfermagem, sala de curativo, sala de odontologia, sala de reuniões e uma sala de observação.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população alvo será constituída pelos 190 usuários diabéticos cadastrados na área de abrangência da UBS central.

4.3 ESTRATEGIAS E AÇÕES

O método que se pretende aplicar é educativo por meio de técnicas de ensino e aprendizagem, por meio de palestras, entrevistas individuais e dinâmicas de grupo, trabalhando com pacientes diabéticos. O principal objetivo é identificar os conhecimentos que os pacientes diabéticos têm sobre as complicações da Diabetes Mellitus. Para o desenvolvimento do projeto, dividiremos nas seguintes fases:

Fase 1: Registraremos 100% dos pacientes com DM de nossa área de abrangência. Para tal atividade utilizaremos informações dos prontuários, exames complementares, como controle glicêmico, lipidograma, hemoglobina glicosilada, perfil renal e hemograma completo. Esta atividade será feita pela equipe de saúde.

Fase 2: Os pacientes com a doença Diabetes Mellitus serão convocados a uma reunião na UBS e formarão dois grupos em áreas distantes da UBS, com o objetivo de melhor acessibilidade às informações e vamos fazer uma descrição rápida de objetivos e importância do projeto de intervenção, prevenção de complicações em pacientes com DM, e o que fazer ante qualquer sintoma precursor de uma complicação. Mediante reuniões feitas com grupos vamos fazer leitura de material complementar, discussão de filmes com temas relacionados a doença, os pacientes contarão suas vivências e opiniões, identificando os fatores de risco mais importantes do tema em questão e como modificar os hábitos de vida.

Fase 3: Agendamento de consultas individuais periódicas para a conscientização e aceitação da doença, importância de fazer uma dieta adequada, monitoramento periódico do controle glicêmico e estímulo à modificação do modo de vida.

4.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Os usuários diabéticos através do acompanhamento e os dados coletados durante o período de intervenção receberam orientação e serão estimulados durante as reuniões feitas pela equipe a discutir as vivências com relação às mudanças realizadas nos estilos de vida, os planos individuais e grupais para diminuir a possibilidade de risco cardiovascular, a fim de compartilhar suas experiências com outros ouvintes de forma a contribuir com a melhora do grupo. Por meio dos exames complementares e a nova estratificação do risco cardiovascular vão ser avaliados se o objetivo de nosso projeto está sendo atingido.

5 CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses y está apresentado no quadro abaixo.

Atividades	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Determinação de problemas	x					
Elaboração de instrumentos de avaliação do problema	x					
Revisão bibliográfica		x				
Recolecção de dados e aplicação da intervenção		x				
Avaliação da intervenção			x	x		
Elaboração de relatório final					x	
Apresentação de resultados para equipe e comunidade					x	x

6 RECURSOS NECESSARIOS

Para realização das operações do projeto de intervenção, serão necessários diversos recursos como:

6.1. Organizacionais:

-Equipamentos adequados para a realização da classificação de risco. A UBS possui os hemo-glucoteste e as tirinhas reativas, fitas métricas e balanças assim como a disponibilidade adequada de fichas para realização dos acompanhamentos e a classificação dos pacientes.

-Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras educativas, na sala de espera da UBS São Luiz. O espaço é adequado para cerca de 25 pessoas.

-Ventiladores e computador em funcionamento juntamente com o equipamento de projeção multimídia.

6.2. Econômicos:

- Recursos financeiros não precisam ser disponibilizados para realização de nosso projeto.

6.3. Cognitivos:

- Capacitação dos profissionais de saúde para adequação das tarefas do projeto de intervenção, assim como, as funções dentro deles.

- O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais frente a reunião com a gerencia de saúde do município. As atualizações conceituais juntamente com o treinamento dos profissionais da equipe para as atividades serão realizadas pela dupla medica e enfermeira

7 RESULTADOS ESPERADO

Com o presente projeto espera se melhorar o acompanhamento e garantir uma maior qualidade de vida da população com diabetes mellitus, alcançando adesão dos usuários ao tratamento, hábitos e modos de vida saudáveis, reduzindo assim os riscos cardiovasculares limitantes ou mortais. Também se espera estabelecer priorização das medidas de promoção de saúde e conscientizar a equipe da necessidade de ações coletivas destinadas à prevenção de agravos e promoção de saúde. Por isso acreditamos ao final da implantação do projeto ter cadastrados a quantidade exata de usuários diabéticos e conhecer os principais fatores de risco que estão presentes nos usuários diabéticos da área de abrangência da UBS.

Acredita-se que aumentando a adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e uso correto da medicação, o presente projeto contribuirá de forma significativa para melhorar as condições de saúde da população residente na área de nossa UBS.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

GUYTON, Arthur et al. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro 2006.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM's **Guidelines for exercise testing and prescription**. Philadelphia, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes mellitus**. Rio de Janeiro, 2007.

FUNNEL MM, et al. **National Standards for Diabetes Self-Management Education**. *Diabetes Care*. 2008

AMERICANA DIABETES ASSOCIATION - ADA **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. (2012),

Gross, J. L.; Nehme, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Revista Associação Medica Brasileira**, v 45, n 279-284. (1999)

Palmer, J. P.; Asplin, C. M.; Clemons, P.; Lyen, K.; Tatpati, O.; Raghu, P. K.; Paquette, T. LInsulin antibodies in insulin-dependent diabetics before insulin treatment. **Science**,222, 1337-1339 (1983)

Sampaio, E. A. H. G. G.; Delfino, V. D. A. (2007), Nefropatia e retinopatia em diabéticos do tipo 1 de um programa de atendimento multiprofissional universitário. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,51, 410-418.

Martínez y M. M. E. **Neuropatias periféricas diabéticas numa população brasileira**. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. (1986),

Vieira-Santos, I. C. R.; Souza, W. V.; Carvalho, E. F.; Medeiros, M. C. W. C.; Nóbrega, M. G. L.; Lima, P. M. S Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saude Maternal Infantil**, v 8, (2008),

Koivukangas, V; Annala, A. P.; Salmela, P. I.; Oikarinen, A. Dela drestoration of epidermal barrier function aftersuction blister injury in patientswith diabetes mellitus. **Diabetic. Medicine**,16, 563-567. (1999),

Nishikawa, T.; Edelstein, D.; Brownlee, M. The missing link a single unif ingmechanism for diabetic complications. **Kidney internacional Supplement**,77, S26-30. (2000),

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEMS -USRDS Excerpts fromthe 2002 anual report: Atlas ofend-stage renal disease in the United States. **The American Journal of Kidney Diseases**,41, v-ix, S7- 254. (2003),

Sacco, I. C. N.; Nogueira, G. C.; Bacarin, T. A.; Casarotto, D.; Tozzi, F. L. Alteração do arco longitudinal medial na neuropatia periférica diabética. **Revista Ortopédica Brasileira**, v 17, n 13-16. (2009)

Foss-Freitas, M. C.; Junior, W. M.; Foss, M. C Neuropatia autonômica: uma complicação de alto risco no diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,52, 398-406. (2008),

Foss, N. T.; Polon, D. P.; Takada, M. H.; FossFreitas, M. C.; Foss, M. C, Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. **Revista de Saúde Pública**,39, 677-682. (2005)

Josh, N.; Caputo, G. M.; Wettekamp, M. R.; Karchmer, A. W. (1999), Infections in patients with diabetes mellitus. **The New England Journalof Medicine**, 16, 1906-1912.

Pham, H.; Armstrong, D. G.; Harvey, C.; Harkless, L. B.; Giurini, J. M.; Veves, A. (2000), Screening techni questo identify people at high risk for diabetic foot ulceration: a prospective multicentertrial. **Diabetes Care**,23, 606-611.

Rosa, M. P.; Baroni, G. V.; Portal, V. L. Potencial terapêutico para a prevenção e tratamento da nefropatia e neuropatia diabéticas: evidências do uso do cilostazol. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**,51, 1528-1532. (2007)

Ryder, R. E. (1998), Screening for diabetic retinopathy in the 21st century. **Diabetic. Medicine**,15, 721-722.

Frykberg, R. G.; Lavery, L. A.; Pham, H.; Harvey, C.; Harkless, L.; Veves, A. Role of neuropathy and high foot pressures in diabetic foot ulceration. **Diabetes Care**,21, 1714-1719. (1998)

BAGGA P.; Verma, D.; Walton, C.; Masson, E. A.; Hepburn, D. A. Survey of diabetic retinopathy screening services in England and Wales. **Diabetic medicine**,15, 780-782. (1998),

Brownlee, M. Biochemistry and molecular cell. **Biology of diabetic complications. Nature**,414, 813-820 (2001)

Fuscaldi, F. S.; Balsanelli, A. C.; Grossi, S. A. Locus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem USP**,45, 855-861. (2011),

Sibbald, R. G.; Schachter, R. K. Internacional Society of dermatology **The skin and diabetes mellitus.**,23. (1984),

Pesquisa

- Conhece que es a diabetes mellitus.

Sim____ não____ talvez_____

-Qual são os fatores de risco para a diabetes mellitus.

Sim____ não_____

-Conhece as complicações da diabetes mellitus.

Sim____ não_____

-Que podem fazer as pessoas para evitar as complicações da diabetes.