



3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROVAB

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

ALUNO: DR. ANIBAL EDUARDO PEREZ LOPEZ

ORIENTADORA: ELISABETH NIGLIO DE FIGUEIREDO

FRANCISCO MORATO - SP

2014

Sumário

1.	Introdução.....	3
2.	Objetivos.....	4
2.1	Objetivo Geral	5
2.2	Objetivos específicos	5
3.	Revisão Bibliográfica.....	5
4.	Metodologia	7
5.	Resultados esperados	7
6.	Cronograma	8
7.	Referências.....	9

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM), na atualidade, é considerada uma epidemia mundial por vários autores. No Brasil, tem-se observado um rápido aumento nas taxas de hospitalizações pela doença e suas complicações, acarretando gastos excessivos às famílias e ao sistema de saúde ¹.

Estudos realizados demonstram que pacientes diabéticos inseridos numa estratégia educativa tem melhor evolução da doença e diminuição das complicações melhorando sua qualidade de vida, sem excessos econômicos ¹. Estas intervenções são significativas em populações pobres, com recursos escassos e com acesso à atenção básica, no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que as complicações da DM limitariam suas vidas e prejudicaria a estrutura da família ².

A atenção primária de saúde constitui a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, sua principal tática é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual tem como prioridades as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, pode-se promover a saúde da população por meio de ações básicas que não precisa excesso de recursos econômicos ao contrario do anterior modelo assistencial, que era marcado pelo exercício da medicina virado para a abordagem biológica e institucional com uso irracional dos recursos tecnológicos, muitas vezes com baixa cobertura e altos custos ³.

A ESF tem um papel significativo no desenvolvimento adequado da evolução da diabetes mellitus em pacientes que fazem o acompanhamento nas UBS, nestes usuários pode-se melhorar a qualidade de vida e diminuir a incidência de complicações associadas à doença ⁴.

Com modificações no estilo de vida como a pratica de exercícios físicos regulares, com alimentação saudável, o autocuidado, evitar o estresse tem-se observado boas evoluções nestes indivíduos ⁴.

Francisco Morato é um município da microrregião de Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo, com baixo desenvolvimento econômico e com falta de empregos qualificados, sendo parte da população muito carente.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque 120, localizada no município de Francisco Morato, com modelo de atenção ESF, é responsável pelos cuidados dispensados a 4907 pessoas que residem em sua área de abrangência. Dessas, 7.01% (344) apresenta diagnóstico de DM tipo 2, taxas superiores à media nacional que é de 6.9%, o qual constitui um real problema de saúde na área. Esta situação levou à reflexão sobre quais intervenções poderiam ser realizadas na área adstrita das UBS que pudessem minimizar as complicações pela DM tipo 2, na população adulta da faixa entre 30 e 45 anos.

Diante do exposto, decidiu-se junto com ao supervisor e ao orientador do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB - realizar o projeto de intervenção educativa de modo que os pacientes

conscientizem-se da importância do autocuidado, alimentação saudável e a prática de atividade física, com vistas a diminuir as complicações da Diabetes Mellitus e os custos (sócio-financeiros) para a família e o sistema de saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Evitar as complicações causadas pela Diabetes Mellitus Tipo 2 em adultos.

Propor intervenções que contribuam para evitar as complicações causadas pela Diabetes Mellitus Tipo 2 em adultos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Criar grupos educativos que propicie uma melhor discussão sobre como prevenir o pé diabético.

Realizar palestras educativas sobre alimentação saudável com receitas regionais.

Diminuir o IMC nos pacientes incluídos no estudo.

Criar grupos para prática de exercícios físicos

Capacitar os profissionais de saúde da equipe de saúde para identificar sinais clínicos de complicações da diabetes mellitus.

Realizar grupo educativo com os usuários e suas famílias no momento de retirada de medicação na farmácia sobre importância do autocuidado.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Define-se diabetes mellitus (DM) como um distúrbio crônico que possui como causas fatores hereditários e ambientais, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade, sendo que os afetados por esse agravo frequentemente evoluem a complicações⁵. A doença tem um grande impacto na saúde pública no mundo inteiro, afetando o homem nas esferas sociais e econômicas⁶. A prevalência da DM tipo 2 está aumentando rapidamente e tem características epidêmicas, nos países em desenvolvimento⁷.

No continente americano, a quantidade de pessoas com esta doença foi estimada em 35 milhões para o início do século XXI e projetada em 64 milhões após 25 anos⁷. Por estar associado a maiores taxas de hospitalizações, a diabetes mellitus tipo 2 demanda maior necessidade de cuidados médicos, uma vez que é responsável por maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e por amputações não traumáticas de membros inferiores. Por essa razão é possível prever o impacto

econômico e social que a doença vai representar para os sistemas de saúde de América Latina, nos próximos anos⁷.

No Brasil, tem-se observado um aumento nas hospitalizações e na mortalidade por DM, em proporções superiores às outras causas, o qual traduz o aumento na sua prevalência, assim como as complicações causadas pela doença⁷.

A mortalidade proporcional por DM também tem mostrado um importante crescimento quando comparada a outras afecções⁷. Em São Paulo a prevalência da DM pré e recém-diagnosticada nos segmentos mais pobres da população aumentou nas últimas décadas, evidenciando a necessidade de intervenções educativas junto a esta população⁸.

Um estudo realizado na Espanha verificou a relação custo-efetividade da atenção a pacientes com DM tipo 2 comparando um grupo que contava somente com atendimento médico com aqueles inseridos numa estratégia educativa. Observou-se que a melhor alternativa foi a intervenção educativa, que conseguiu diminuir os valores de glicose em 10,42 mg/dl nos pacientes do estudo e reduzir as complicações a longo, médio e curto prazo⁹.

Em outros estudos também realizados na Espanha, pacientes com DM tipo 2 e maiores de 30 anos foram divididos em 4 grupos: a) os que usavam metformina b) os que usavam sulfonilureas c) que usavam insulina d) os que usavam anti-hiperglicemiantes. Essas pessoas foram inseridas em uma estratégia educativa na qual aprendiam mais sobre a sua doença, como alcançar um controle metabólico adequado, evitar o sedentarismo, ter uma dieta saudável e cuidados com seus pés. As principais medidas avaliadas nessa pesquisa foram a comorbidade, o controle metabólico e as complicações. Obteve-se como resultado que as taxas de eventos cardiovasculares e insuficiência renal foram de 10,2%; 7,6%; 6,4%; e 3,4%, respectivamente, concluindo-se que no grupo de pacientes inseridos numa estratégia educativa observaram-se menos complicações quando comparados com os outros grupos¹⁰.

Em outro estudo, foi aplicado um programa de educação a pacientes com DM tipo 2 e posterior acompanhamento, com acompanhamento das variáveis peso, glicemia, índice de massa corporal e pressão arterial diastólica e sistólica, por um período de cinco anos. Foram notadas diferenças entre as taxas iniciais e finais, com redução em todas as variáveis analisadas¹¹.

No Brasil, um estudo realizado com pacientes entre 30 e 75 anos, com diabetes mellitus tipo 2, diagnosticados nos últimos cinco anos e acompanhados pela equipe da saúde da família, na atenção básica de saúde, mostrou que a maioria deles apresentou níveis normais ou aceitáveis de glicose e que ao menos um terço seguia a dieta e fazia exercícios físicos regulares¹².

Outro estudo também realizado no Brasil, onde se avaliou a qualidade de vida de pacientes acompanhados por uma equipe da saúde da família, mostrou que essas pessoas apresentaram uma avaliação positiva em relação à qualidade de vida em geral e para os domínios sociais, físicos, psicológicos e ambientais,

além de uma incidência menor de complicações nesse período em relação a igual quantidade de tempo em períodos anteriores¹³.

Indivíduos com alteração da homeostase glicêmica têm maior incidência de fatores de risco para doença arterial coronária, para insuficiência renal, para retinopias diabéticas, para polineuropatias diabéticas, entre outros¹⁴. Além disso, outra complicação freqüente em pessoas com DM tipo 2 é o pé diabético, que acarreta incapacidade ao paciente devido a amputações e crises familiares. Os pacientes diabéticos brasileiros necessitam de maiores informações e precisam participar de programas de conscientização e educação a respeito da doença¹⁵.

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes cadastrados com Diabetes Mellitus tipo 2, na faixa etária entre 30 e 45 anos, que não tenham complicações ao início da intervenção e que concordem em participar, e que residam no município de Francisco Morato – SP, pertencentes a área 7 da ESF, assistidos pela UBS Parque 120, bem como seus familiares.

4.2 Cenários da intervenção

O cenário da intervenção incluirá as salas da UBS Parque120 e as casas dos pacientes, mediante visitas domiciliares.

4.3 Estratégias e ações

Palestras educativas, dialogas, realizadas pela equipe de saúde com exposições e apresentações sobre Diabetes Mellitus, suas características e complicações a longo, meio e curto prazo, passos para alimentação saudável, com receitas regionais, orientação de exercícios simples que possam ser realizados em casa, de acordo com a disponibilidade de tempo de cada paciente, e noções sobre a importância do autocuidado. As variáveis: glicemia, peso, IMC, colesterol, triglicérides, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, serão avaliadas a cada três meses e ao final, e o impacto da intervenção será avaliado comparando tanto a evolução da intervenção no decorrer do tempo quanto as taxas iniciais e finais.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os resultados deverão ser discutidos em reuniões trimensais com toda a equipe, juntamente com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para planificar os temas mais importantes dependendo da evolução dos pacientes, e a partir de então dar prioridade personalizada, depois de identificados os alvos de maior risco em cada paciente.

Será utilizado como parâmetro de monitoramento e avaliação os dados registrados em prontuários e os registrados durante o período, e que foram coletados progressivamente.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, neste processo, que em um período aproximado de 12 meses, as diferenças entre as taxas de glicemia, bem como dos demais parâmetros avaliados e as coletadas no decorrer do processo apresentem redução.

A médio e longo prazo, espera-se que a incidência de doenças infecciosas, cerebrovasculares, cardiovasculares, renais, pé diabético, hipoglicemias, na área 7 da UBS Parque 120, diminuam.

6. CRONOGRAMA

Atividades* 2014 -2015	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A
Elaboração do projeto	X											
Aprovação Do projeto		X										
Apresentação Para equipes e comunidade		X										
Intervenção			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussão e análise dos Resultados			X			X			X			X
Elaboração do relatório final												X
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Observação: as letras de M a A colocadas como referência no topo desta tabela corresponde aos meses de maio a abril de 2014/2015.

7. REFERÊNCIAS

1. Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro, HL. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. [Arq Bras Endocrinol Metabol](#). 2012 fev; 56(1): 6-11.
2. Barros CR, Cezaretto A, Salvador EP, Santos T, Siqueira A; Ferreira S. Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. [Arq Bras Endocrinol Metabol](#). 2013 fev; 57(1): 7-18.
3. Tesser CD, Garcia A, Vendruscolo C, Argenta CE. . Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. [Ciênc. saúde coletiva](#). 2011 nov; 16(11): 4295-6.
4. Daniele T, Bruin VM, Oliveira D, Pompeu C, Forti A. Associações entre atividade física, comorbidades, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em diabéticos tipo 2. [Arq Bras Endocrinol Metabol](#). 2013 fev; 57(1): 44-50.
5. Coelho MS, Guerreiro DM, Souza MI. Representações sociais do PE diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. [Rev Esc Enferm USP](#). 2009; 43(1): 65-71.
6. Georg AE, Duncan BB, Toscano CM, Schmidt MI, Mengue S, Duarte C, Polanczyk CA. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. [Rev Saúde Pública](#). 2005 jun; 39 (3): 452-60.
7. Saes D, Franco L. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. [Cad Saúde pública](#). 2003;19(Sup. 1):S29-S36.
8. Goldernberg P, Schenkman S, Franco, LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. [Rev Bras Epidemiol](#). 2003; 6 (1):18-20.
9. Villareal E, Vargas ER, Martínez L, Galicia L, Ramos I. Coste – efectividad de la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2 manejado por el médico familiar versus estrategia educativa. [Rev Clin Med Fam](#). 2013 oct; 6(3): 123-30.
10. Sicras A, Font B, Roldan C, Navarro R, Ibañez J. Caracterización y costes asociados al perfil del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina al que se le añade un segundo fármaco antidiabético oral. [Endocrinol Nutr](#). 2013 dic; 60(10):557-69.
11. Selli L, Papaleo LK, Meneghel SN, Torneros JZ. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes mellitus. [Cad Saúde Pública](#). 2005 oct; 21(5):1366-72.

12. Araujo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Beria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. Rev Saúde Publica. 1999; 33 (1):24-32.
13. Castro S, Silva F, Hemiko H, Araujo G, Silveira MA. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008 out-dez; 17 (4):672-9.
14. D Agord B, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. Rev Saúde Publica. 2004; 38(4): 529-36.
15. Mantovani AM, Fregonesi CE, Pelai EB, Mantovani AM. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. Cad Saude Publica. 2013 dez; 29 (12): 2427-35.