

MARIA GLADYS RAMIREZ PADILLA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM PACIENTES
DIABETICOS.**

São Paulo

2014

MARIA GLADYS RAMIREZ PADILLA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM PACIENTES DIABETICOS.

Projeto de intervenção apresentado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), como exigência do Curso de Especialização em Saúde Da Família da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Orientador: Ms. Karina Maxeniuc Silva Montijo

São Paulo

2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1. Justificativa da intervenção	6
1.2. Objetivos	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	8
3. METODOLOGIA	10
3.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	10
3.2. Contexto da intervenção (cenário).....	10
3.3.Estratégias das ações	10
3.4. Avaliação e monitoramento	11
4. RESULTADOS ESPERADOS	12
5. CRONOGRAMA	13
6. REFERÊNCIAS	14
7.Anexo.....	15

1. INTRODUÇÃO

De acordo com estudos, sabemos que o mundo está vivendo uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM). Em 1985, estimava-se mundialmente haver 30 milhões de adultos com DM; em 1995 esse número cresceu para 135 milhões, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030.⁽¹⁾ Tal aumento está relacionado ao crescimento, envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo.⁽¹⁾

Diabetes *mellitus* (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.⁽¹⁾

O DM pode ser do tipo I, II e gestacional. O DM I é a forma presente em 5% a 10% dos casos e é resultante da destruição de células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina.⁽¹⁾ Os indivíduos com essa forma de DM podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina.⁽¹⁾ O DM II é a forma presente em 90% a 95% dos casos caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia manifesta-se, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com esta forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose é rara, se desenvolve associada a outras condições como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticada após 40 anos.⁽¹⁾ O DM gestacional ocorre em 1% a 14% de todas as gestações, com início ou diagnóstico durante a gestação, associa-se tanto a resistência à insulina quanto a diminuição da função das células beta do pâncreas.⁽¹⁾

As complicações vasculares do DM crônica podem ser divididas em microangiopatias, as macroangiopatias e as complicações não vasculares (gastropatia diabética e as afecções da pele).⁽¹¹⁾

O DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica em

Saúde (ABS) estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária).⁸

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM.

Assim, são pontos fundamentais para a assistência, a abordagem e orientação sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; modificação dos hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo); a prevenção de complicações; a orientação sobre o uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais; e o encaminhamento, quando pertinente, ao médico especialista.⁸

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.⁸

Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México.¹⁶ Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US\$ 2.108,00 por paciente, dos quais US\$ 1.335,00 são relativos a custos diretos.¹

1.1 JUSTIFICATIVA

Morrinhos é um bairro que tem um pouco mais de 25 anos de existência, atualmente é um dos bairros mais populosos da cidade de Guarujá, Estado de São Paulo, onde conta com a média de 30.000 habitantes. Sua classe social é de média e baixa.

Escolhi a pergunta de partida para o meu projeto: “SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM PACIENTES DIABETICOS”, visto que nos últimos 10 meses de trabalho na Unidade Básica de Saúde de Morrinhos, a qual atende os moradores do bairro de Morrinhos 1 e 2, pude observar que temos 1110 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA dos quais 450 são pacientes diabéticos os quais não apresentam o controle, informação e supervisão adequada de sua doença em base aos exames médicos e laboratoriais feitos.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Melhorar a assistência prestada a pacientes com diagnóstico de DM pertencentes a UBS de Morrinhos II localizada no município de Guarujá.

Objetivos Específicos.

- Treinar todos os profissionais que irão atender esses pacientes.
- Realizar reuniões mensais com os profissionais.
- Realizar reuniões mensais com os pacientes.
- Incentivar os pacientes a realizar atividades físicas em grupos.
- Incentivar bons hábitos nutricionais a fim de que os pacientes diabéticos consigam ter um índice de massa corporal (IMC) adequado.
- Manter glicemias de jejum dos pacientes diabéticos em torno de 120 mg/dl.
- Diminuir as complicações nos pacientes diabéticos.
- Avaliar de forma sistemática e periódica todos os pacientes com DM.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As sociedades de diabetes (europeia e norte americana) recomendam para o tratamento do DM condutas cada vez mais rigorosas quanto ao controle lipídico, glicêmico e arterial, visto o importante impacto, quando bem tratadas, na redução de complicações decorrentes ao mal controle da doença. Especificamente, nas diretrizes europeias “*European Diabetes Policy Group*” encontramos a importante recomendação da realização de controles periódicos de qualidade para o cumprimento dos objetivos terapêuticos propostos.⁴

Para a prevenção efetiva das complicações decorrentes do DM, há a necessidade de uma maior atenção à saúde como um todo do indivíduo. Faz-se necessário para a prevenção de complicações, medidas efetivas de prevenção primárias e secundárias. As medidas primárias são aquelas decorrentes do início do DM e portanto podem mudar o curso da doença, já as secundárias estão associadas as intercorrências causadas por complicações agudas ou crônicas da doença quando não acompanhadas.¹

O diabetes pode ser prevenido, inicialmente, por meio de mudanças na rotina de vida, conforme demonstram importantes estudos conduzidos ao longo do mundo, que provam que hábitos de vida mais saudáveis, como uma dieta balanceada, busca do peso corporal adequado, associada à prática de exercícios físicos podem prevenir o surgimento da doença.⁽⁵⁾

No entanto, todas essas mudanças no estilo de vida necessitam da adesão ao tratamento por parte do paciente. De acordo com a literatura, a “adesão” tem como definição “a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere” como por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde.

O DM não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira,

insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.⁸

As pessoas com DM devem, diariamente, tomar decisões para controlar sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde.⁶

O auto cuidado refere-se às ações e práticas realizadas pelas pessoas e famílias em benefício da sua própria saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas, sem supervisão médica formal. O autocuidado baseia-se na crença de que cada pessoa é capaz de cuidar da sua saúde, de forma individual, de proteger o seu bem-estar físico, mental e social, de compreender as suas ações, de prevenir doenças, de satisfazer necessidades físicas e psicológicas ou de se automedicar, sendo fundamental para a prevenção de complicações do DM.²

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.⁸

Em Guarujá existem dois tipos de atendimento na Atenção Básica: Unidade de Saúde da Família e as Unidade Básica de Saúde. Nas UBS o atendimento do paciente é com agendamento de consultas e demanda espontânea. Normalmente o clínico geral inicia o tratamento de acordo com os sintomas e os resultados de laboratoriais. Avaliando os riscos de possíveis complicações e caso exista a necessidade o paciente será encaminhado ao atendimento com outros especialistas, para isso é realizado “fichas de Referência e Contra referência” para o seguimento do paciente encaminhado.

O tratamento do diabetes mellitus (DM) tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.⁸

A prática de pelo menos 150 minutos semanal de atividade física (AF) com intensidade moderada é recomendada aos pacientes com DM. Em revisão sistemática seguida de metanálise publicada recentemente, foi verificado que 150 minutos de exercício físico (EF) aeróbico por pelo menos 12 semanas reduzem a hemoglobina glicada em 0,5%.⁷

No plano alimentar, deve-se levar em consideração os hábitos alimentares dos indivíduos, suas condições socioeconômicas e o acesso aos alimentos. Porém, as mudanças esperadas não são fáceis de serem realizadas, pois envolvem valores arraigados na cultura, nas tradições regionais e no espaço social-alimentar do homem.⁹

3. METODOLOGIA.

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Os sujeitos envolvidos no benefício da intervenção e a população de Morrinhos atende aproximadamente 30.000 habitantes, dos quais 1.200 pacientes apresentam DM.

Também fará parte deste projeto de intervenção todos os funcionários da UBS de Morrinhos envolvidos com a assistência de pacientes com DM, a saber: farmacêutico, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, recepcionistas e demais funcionários envolvidos.

3.2 Contextos e cenários da intervenção

O presente trabalho é uma intervenção realizada no estado do São Paulo, no município de Guarujá, no bairro de Morrinhos, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) modelo tradicional.

A UBS apresenta como cenário de trabalho, dois consultórios de clínica médica, um consultório de pediatria, um consultório de ginecologia com banheiro próprio, uma sala de vacina, uma sala de para a coleta de sangue (onde se realizam as inalações).

3.3 Estratégias das ações.

Etapa 1

- Criação de protocolos internos para descrever fluxos e possíveis procedimentos realizados.
- Iniciar treinamento com a equipe de funcionários envolvidos no atendimento desse paciente.
- Estabelecer reuniões mensais com os funcionários e com a gerente da unidade a fim de avaliar as ações implementadas.

Etapa 2

- Identificar todos os pacientes portadores de DM em nosso posto de saúde que vem a consulta e identificar os fatores de risco de cada paciente.
- Iniciar tratamento médico a fim de rever o tratamento farmacológico de todos os pacientes com DM.
- Serão agendadas as consultas com pacientes diabéticos todas as quintas feiras pela tarde no horário das 15 às 16 horas

- Concomitantemente iniciar o acompanhamento com a nutricionista da unidade, com o objetivo de mudar os hábitos alimentares.

- Implantação de consultas de enfermagem realizadas pelo enfermeiro a fim de realizar orientações das mudanças do estilo de vida dos pacientes diabéticos.

Etapa 3

- Fazer palestras com a nutricionista para melhor orientação sobre os hábitos alimentares dos pacientes diabéticos, serão realizadas duas vezes ao mês.

- Formar um grupo de caminhada da unidade. As caminhadas serão realizadas com todos os pacientes do programa HIPERDIA e também os pacientes que desejam integrar o grupo. As caminhadas ocorrerão três vezes por semana a partir de novembro (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira), estas caminhadas serão acompanhadas por um médico e uma enfermeira da UBS Morrinhos.

- Solicitar juntamente com o Conselho Gestor com a secretaria de saúde de Guarujá um professor de educação física para acompanhar ao grupo de caminhada.

3.4. Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão avaliados mensalmente por meio das consultas médicas agendadas, auditoria médica e também por meio dos marcadores laboratoriais até ter glicemias normais e depois trimestralmente.

4. RESULTADOS ESPERADOS.

Com os objetivos propostos esperamos

A curto prazo:

- Estabelecer fluxos e protocolos para o atendimento sistematizado de pacientes com DM;
- Ter melhor controle dos níveis de glicemia;

A longo prazo:

- Diminuir o número de consultas no pronto socorro e o número de internações prolongadas nos Hospitais do Guarujá.

5.CRONOGRAMA

Etapa 1.

Criação de protocolos internos, fluxos e treinamento a equipe de trabalho som feitos desde o mês de outubro.

Etapa 2

Identificação, tratamento e agendamento dos pacientes com DM em nossa UBS som feitas desde o mês outubro.

Etapa 3.

Palestras conjuntas com a nutricionista som feitas desde o mês de novembro

Atividades 2014- 2015	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mar.
Elaboração do projeto	X					
Apresentação do projeto			X			
Aplicacao das atividades previstas	Etapa 1 X	X	X	X	X	X
	Etapa 2 X	X	X	X	X	X
	Etapa 3	X	X	X	X	X
Avaliação do resultado						X

6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2013-2014. São Paulo 2014; 1-382.
2. Amancio MMA, Ramos N, Bento IC, Gazzinelli MF. Intervenção educativa na diabetes *mellitus*. *Psic., Saúde & Doenças Lisboa*. 2013 ; mar;vol.14 no.1
3. Gomes LC, Foss-Freitas MC, Pace AE. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev. bras. enferm. Brasília*. 2014 ; Mar ; Ap;vol.67 no.2
4. Gimeno JAO, Juliani BB, Arnal MLM, Castro FA. Factores relacionados con el control glucémico de pacientes con diabetes tipo 2 *An. Med. Interna*. Madrid. 2003; mar ; v.20 n.3
5. Sá RC, Ferraz de Araújo EA, Alves SR. Diabetes mellitus: avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. *Revista Univap – revista.univap.br.São José dos Campos-SP-Brasil jul.2014 ; v. 20, n. 35*,
6. Gomes-Villas LC, Foss MC, Foss-Freitas MC, Carvalho H, Zaranza LM, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Rev.enferm. Florianópolis* 2011 ; Apr./June ;vol.20 no.2
7. Duarte CK, Almeida JC, Schneider AJ, Brauer FO, Rodrigues TC. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com *diabetes mellitus*. *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo* 2012 ; Mar./Apr. ;vol.58 no.2 .
8. Ministerio de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 36.Estratégias Para O Cuidado da pessoa com Doença Crônica Diabetes Mellitus. Brasilia ; 2013.
9. Lopes AF, Gomes JW. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. *Epidemiol. Serv. Saude. Brasilia*.June.2011 ; vol.20,no.2.
10. Valdés E, Bencosme N. Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol .Ciudad de la Habana*. 2013 ; mayo-ago. ;vol.24 no.2.
11. Luque M. Endocrinología, metabolismo y nutrición. España 2011; ed 8,93.

ANEXO

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
 - Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
 - Síndrome de ovários policísticos;
 - História de doença cardiovascular;
 - Inatividade física;

OU

Idade ≥ 45 anos. ⁸