



**Especialização em Saúde da Família – Modalidade a
distância – Profissionais da Atenção Básica – UNA-SUS**

**Acesso e orientação para o cuidado do Diabetes
Mellitus na Atenção Básica**

Aluna: Perla Perez Cortada

Orientadora: Danielle Abdel Massih Pio

**São Paulo
Setembro/2014**

Sumário

1. Introdução.....	3
1.1 Identificação e apresentação do Problema	3
1.2 Justificativa da intervenção.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo geral.....	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. Revisão Bibliográfica	6
4. Metodologia.....	8
4.1 Cenário do estudo.....	8
4.2 Sujeitos da intervenção.....	8
4.3 Estratégias e ações.....	8
4.4. Avaliação e Monitoramento.....	9
5. Resultados esperados.....	10
6. Cronograma.....	10
7. Referências.....	11

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo um importante problema de saúde pública no país. Não existe uma única causa para as citadas doenças e vários fatores de risco para o seu desenvolvimento, entre eles o Diabetes Mellitus (DM) ¹.

O número de pessoas com DM vem crescendo em todo o mundo. A doença está associada ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro vasculares, bem como de neuropatias; é causa ainda de cegueira, amputações de membros e insuficiência renal. Devido ao grande impacto negativo tanto na qualidade de vida do paciente como economicamente para os sistemas de saúde, a sua prevenção e manejo são fundamentais. Tanto a prevenção como o manejo podem ser feitos de forma exitosa pela atenção primária, e desta forma reduzir sequelas, complicações, internações e prejuízos econômicos para o paciente, aos seus familiares, para as comunidades e sociedade em geral. Ensaios clínicos têm demonstrado que pacientes diabéticos, mantidos em condições de controle clínico e metabólico, apresentam retardo no aparecimento e/ou na progressão das citadas complicações crônicas¹.

O manejo do DM é feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário. Devido aos benefícios econômicos, sociais e pessoais decorrentes de um efetivo controle do DM, foi criado um programa de saúde dentro da atenção básica para o controle e manejo tanto do diabetes como da hipertensão arterial. No caso das Unidades Básicas do Brasil esse programa denomina-se Hiperdia, que pretende vincular os portadores dessas enfermidades às unidades de saúde, sendo garantidos o acompanhamento e tratamento sistemático, através de ações de reorganização dos serviços.

O tratamento adequado do DM envolve uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas. Diante deste quadro é imperativo que políticas

públicas e governo orientem os sistemas de saúde para intervir com programas educativos, nutricionais, de assistência e cuidado continuado. Não é suficiente o investimento unicamente em programas de saúde; uma equipe de saúde da família adequadamente capacitada poderá, com ações coletivas e individuais, prevenir a doença, identificar grupos de risco, instaurar o tratamento adequado e realizar o acompanhamento, contribuindo desta forma para o desenvolvimento pleno das famílias e comunidades assistidas.

1.2 Justificativa da intervenção

Os motivos pelos quais este projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz em São Bernardo do Campo, justifica-se pelo elevado número de pacientes diabéticos mal controlados na área, pelas dificuldades enfrentadas pela equipe para proporcionar ao paciente um plano terapêutico eficaz, com o desafio do seguimento assistencial regular, além do número de pacientes já com complicações crônicas da doença.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Trabalhar as dificuldades no controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica, através da melhora do acesso e orientação aos pacientes diabéticos na Unidade de Saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Melhorar o acesso do paciente diabético às consultas na Unidade de Saúde.
- Realizar orientações e intervenções educativas para melhora do cuidado.
- Propiciar formação da equipe de Saúde da Família quanto ao manejo do paciente diabético.

3. Revisão Bibliográfica

De acordo com o Ministério da Saúde², existem nos países da América Central e do Sul aproximadamente 26,4 milhões de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM), e espera-se que para 2030 esse número aumente para 40 milhões. No Brasil existem aproximadamente seis milhões de portadores da doença, em que o DM, junto com a hipertensão arterial, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde.

O DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e associado a complicações, disfunções e insuficiências de diversos órgãos, especialmente olhos, rins, sistema nervoso e sistema vascular. Pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como por exemplo, a destruição de células beta pancreáticas, resistência à ação da insulina entre outros³.

Para os profissionais que atuam na atenção primária, é de suma importância obter resultados positivos em suas ações e saber que através dos programas de diagnóstico, manejo e acompanhamento tanto dos diabéticos quanto dos hipertensos (Hiperdia), é possível modificar o quadro atual de saúde que o Brasil apresenta, ao ser a atenção primária um espaço prioritário e privilegiado da atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho predispõe a vínculos com a comunidade adscrita.

Modificações no estilo de vida são essenciais no processo terapêutico e na prevenção do DM. Alimentação inadequada, dificuldades no controle do peso,

sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser corretamente abordados e controlados⁴.

Quando a doença já está diagnosticada dispõe-se de um amplo arsenal de medicações para realizar o tratamento farmacológico da doença, muitas delas distribuídas de forma gratuita pelo SUS em todo o Brasil. Mas é importante que o paciente compreenda que o uso unicamente da medicação não é suficiente para o controle de sua doença e sim o trabalho conjunto das modificações do estilo de vida junto com o tratamento farmacológico. Embora este fato possa parecer evidente, muitos pacientes ainda consideram que seja suficiente a realização correta do tratamento farmacológico, sem levar em consideração a importância da redução do peso, a prática de atividades físicas e outras mudanças no estilo de vida.

4. Metodologia

4.1 Cenário do estudo

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Cruz em São Bernardo do Campo.

4.2 Sujeitos da intervenção

A intervenção irá envolver os pacientes diabéticos cadastrados na ESF e a equipe de saúde da unidade.

4.3 Estratégias e ações

Uma primeira ação a ser considerada pela equipe de saúde da família será o planejamento do número de consultas anuais para os pacientes diabéticos. Uma proposta interessante seria um total de quatro consultas anuais com a equipe, alternando médico e enfermeiro e outros profissionais que se fizerem necessários para a singularidade dos casos. Nestas consultas tanto o médico como o enfermeiro realizariam controle de peso, da glicemia, da pressão arterial, e dos fatores de risco cardiovasculares em geral. Também solicitariam exames de controle, como por exemplo, fundo de olho, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina entre outros, sempre que fossem necessários; seriam feitas novas orientações ao paciente para reforçar a importância do tratamento realizado de forma correta. O médico revisaria a medicação, exames, queixas do paciente e avaliaria a necessidade de realizar ajustes no tratamento farmacológico; já o enfermeiro seria o responsável dos cuidados com o pé do paciente diabético (prevenção e detecção) e realizaria anualmente o exame com monofilamento para diagnóstico precoce da neuropatia diabética.

Uma segunda ação importante seria o agendamento de uma primeira consulta com o enfermeiro da equipe para todo paciente diabético

recentemente diagnosticado. Nesta consulta o enfermeiro explicaria ao paciente em que consiste a sua patologia, as consequências a curto, médio e longo prazo, possíveis complicações, assim como explicações sobre o tratamento, cuidados com o pé, a importância das mudanças do estilo de vida e uma programação anual das visitas com a equipe de saúde da família (o que envolveria constantemente o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde). Nesta primeira consulta seria facilitado ao paciente um folheto informativo com orientações dietéticas direcionadas ao paciente diabético, estímulo e benefícios da prática de atividade física e cuidados com o pé, assim como explicações sobre possíveis complicações.

Uma terceira ação importante seria a formação da equipe de Saúde da Família quanto ao manejo do paciente diabético. Este trabalho ressaltaria a importância da formação do médico da equipe quanto ao uso dos diferentes hipoglicemiantes orais e dos diferentes tipos de insulina disponíveis, já que em algumas ocasiões não existe um conhecimento profundo destes fármacos, aplicações, efeitos adversos e manejo, o que ocasiona um prejuízo ao paciente, ao não ser oferecido um adequado tratamento farmacológico.

4.4 Avaliação e monitoramento

Através das consultas e visitas domiciliares será feita a avaliação do êxito das estratégias acima propostas. Por exemplo, através da hemoglobina glicosilada pode-se saber se durante os últimos três meses o paciente obteve um bom controle glicêmico, o que seria o objetivo; com a pesagem a cada três meses, um controle mais apurado do peso; com a melhora da alimentação e a prática de atividade física, identificaria-se o fortalecimento do autocuidado. Através das reuniões de equipe poderá ser feito o levantamento dos pacientes faltosos e estimular-lhes a comparecer à Unidade de Saúde para agendamento de nova consulta.

Anualmente serão organizados cursos de educação continuada em DM para a equipe de saúde, e não unicamente para o médico.

5. Resultados Esperados

Através das ações propostas neste trabalho pretende-se conseguir uma maior vinculação do paciente diabético à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde, o que seria extremamente positivo tanto para dar seguimento às ações preventivas como para a realização de ações de cuidados específicos da doença.

Também se pretende conseguir uma melhora do controle glicêmico dos pacientes e assim evitar e/ou atrasar o aparecimento das doenças crônicas relacionadas ao diabetes, assim como descompensações agudas da doença. Devido ao monitoramento frequente do paciente diabético, quando essas doenças surgirem, serão detectadas e tratadas precocemente.

6. CRONOGRAMA

Atividades 2014	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Elaboração do projeto	X	X	X					
Aprovação do projeto					X			
Revisão Bibliográfica		X	X	X	X	X		
Apresentação para equipe						X		
Intervenção					X	X	X	
Discussão e análise dos resultados							X	X
Elaboração de relatório								X
Apresentação dos resultados para equipe e comunidade								X

7. Referências

- 1 Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Setembro/Dezembro 2010; 10 (3): 290-296.
- 2 Tavares AMV, Schaan BA, Terra BG, Duncan BB. *Cadernos de atenção Básica Diabetes Mellitus*. 1ª edição. Pinto HA, editor. Ministério da Saúde (BR); 2013.
- 3 Marinho NBP, Vasconcelos HCA, Alencar AMPG, Almeida PC, Damasceno MMC. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. *Acta Paul Enfermagem*. 2012;25(4):595-600.
- 4 Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública Rio de Janeiro*. Fevereiro 2006; 22(2):377-385.
- 5 Harris SB, Kapor J, Lank CN, Willan AR, Houston T. Clinical inertial in patients with T2DM requiring insulin in family practice. *Can Fam Physicians*. Dezembro 2010; 56(12): e418–e424.
- 6 Harris SB, Stewart M, Brown JB, Wetmore S, Faulds C, Webster-Bogaert S, et al. Type 2 diabetes in family practice. Room for improvement. *Can Fam Physician*. 2003;49:778–85.
- 7 Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med*. 2006;4(1):23–31.
- 8 Dijk CE, Hoekstra T, Verheij RA, Twisk JWR, Groenewegen PP, Schellevis FG, Bakker DH. Type II diabetes patients in primary care: profiles of healthcare utilization obtained from observational data. *BMC Health Serv Res*. Janeiro 2013; 13: 7.
- 9 Nichols GA, Koo YH, et al. Delay Of Insulin Addition To Oral Combination Therapy Despite Inadequate Glycemic Control. *J Gen Intern Med*. Abril 2007; 22(4): 453–458.

10 Nathan DM. Buse JB. Davidson MB. Ferrannini E. Holman RR. Sherwin R. Zinman B. American Diabetes Association, European Association for Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:193–203.