



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como elaborar um grupo educativo para pacientes portadores de DM com tratamento farmacológico.

Aluna: Yanaysy Sanchez Faldraga

Orientadora: Tania Arena Moreira Domingues

São Paulo

Agosto/2014

Sumário

Página

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	5
2.1 Geral.....	5
2.2 Específico.....	5
3. Revisão Bibliográfica.....	6
4. Metodologia.....	12
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	12
4.2 Contexto da intervenção.....	12
4.3 Estratégias e ações.....	13
4.4. Avaliação e Monitoramento.....	14
5. Resultados Esperados.....	14
6. Cronograma.....	15
7. Referências.....	16

1 - Introdução.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de importância mundial que vem se tornando um problema de saúde pública, tomando proporções crescentes no que se refere ao aparecimento de novos casos¹. O Diabetes Mellitus consiste em uma síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando a hiperglicemia e glicosúria.²

Configura-se hoje como uma epidemia mundial, tornando-se problema de saúde pública no Brasil e no mundo, associada seu aumento a vários fatores envolvidos como o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo³.

O Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas.⁴

Com a educação dos portadores de diabetes, é possível conseguir reduções importantes das complicações e conseqüente melhoria da qualidade de vida, porque entendeu-se que a educação para a saúde, feita por grupos especializados, poderá ajudar os profissionais de saúde, pessoas portadoras de diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo da doença. Como a educação para a saúde é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, é de responsabilidade de cada integrante da equipe de saúde. Como parte essencial do tratamento, constitui-se num direito e num dever do paciente e dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde.³

É necessário que a equipe de saúde desenvolva ações educativas e de acolhimento para que o portador de Diabetes assuma a sua doença, percebendo a importância de seguir o regime terapêutico, o envolvimento da família no tratamento, com um maior conhecimento sobre sua patologia e de possíveis complicações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o apoio entre iguais é um enfoque promissor para o controle do diabético.⁴ É necessário que as pessoas com diabetes se responsabilize com ajuda de educadores profissionais, de controlar o dia a dia sua doença.

A diabetes é uma doença que tem um desenvolvimento gradual e para cujo controle são essenciais os conselhos e orientação do pessoal sanitário, junto com atitude dos pacientes ante a doença. Os processos educativos são chave nas intervenções preventivas no âmbito comunal, particularmente aqueles que há evoluído de uma relação emissor receptor a uma comunicação no que o profissional da saúde comparte seus conhecimentos e o receptor passa de uma atitude passiva a outra ativa e responsável^{5,6}.

Reconhecendo os benefícios que a educação em diabetes poderá trazer às pessoas, através do planejamento das atividades em grupo, ajudando-as no tratamento e controle da doença, nosso trabalho se enfoca na formação de um grupo educativo de pacientes diabéticos com tratamento farmacológico, onde tem como proposta ensinar a atuar e conviver com sua doença no pacientes para que conscientize e seja feito atividades cotidianas que levem a melhorar o controle de sua doença e evitar aparição das complicações.

Por esse motivo no presente projeto nos surgiu o seguinte questionamento: É factível a criação do grupo educativo como pilar fundamental no manejo integral do paciente diabético para conseguir o controle metabólico e proporcionar uma maior adesão ao tratamento para o controle da doença na UBS Vila Marcelo?

2– Objetivo

2.1 Objetivo Geral

- . Proporcionar uma maior adesão ao tratamento para o controle da doença

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um grupo educativo para pacientes portadores de Diabetes Mellitus com tratamento farmacológico
- Oferecer educação para a saúde que favoreça a promoção do autocuidado e a prevenção de complicações.
- Comparar o nível de conhecimento sobre Diabetes e estilo de vida antes e depois da criação do grupo educativo.

3 - Revisão bibliográfica.

A frequência do diabetes tem aumentado rapidamente no mundo, nos últimos anos é reconhecida como uma epidemia;⁵ é uma doença metabólica caracterizada pela elevação da glicose no sangue. Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que são produzidas no pâncreas, pelas chamadas células betas. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. É uma doença de base genética e hereditária. Em geral, se há histórico na família entre parentes de primeiro grau, há possibilidades maiores de desenvolver a doença.⁶

EPIDEMIOLOGIA

Foi divulgada em 2011 pelo Organização Mundial de Saúde⁷ a informação de que 6,3% da população do Brasil com 18 anos ou mais, possuem diabetes. O país subirá da 8ª para a 6ª posição no ranking mundial. O mais alarmante é que, desse número, cerca de 3 milhões de pessoas desconhecem serem portadoras da doença. As estatísticas apontam que o número de casos registrados em 1977, cerca de 143 milhões, deve se multiplicar até 2025, podendo chegar aos 300 milhões. Alguns dos fatores que favorecem esse crescimento alarmante de casos são o estilo de vida e o envelhecimento da população.⁷

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES

Há duas formas atuais para classificar o diabetes, a classificação em tipos de diabetes (etiológica), e a classificação em estágios de desenvolvimento, incluindo estágios pré-clínicos e clínicos, este último incluindo estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência.

Tipos de diabetes (classificação etiológica)

- Tipo 1, que compreende cerca de 10% do total de casos.
- Tipo 2, que compreende cerca de 90% do total de casos.

- Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal.⁸⁻⁹

Para um melhor manejo do tema só vamos referir-nos a DM Tipo1 e DM Tipo2

Diabetes tipo 1

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune. O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos.¹⁰

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave.

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.^{11,12}

DIAGNÓSTICO

- Nível plasmático de glicose em jejum de 8h maior ou igual a 126 mg/dL (7,0 mmol/l) em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose maior ou igual a 200 mg/dL ou 11,1 mmol/l duas horas após ingerir uma dose de 75g de glicose anidra em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose aleatória em ou acima de 200 mg/dL ou 11,1 mmol/l associados a sinais e sintomas típicos de diabetes.

Caso o nível de glicose esteja entre 140 e 200 após a ingestão da glicose ainda é diagnosticada uma tolerância, conhecida como pré-diabetes e que exige que o paciente faça atividade física regular.¹²

SINAIS CLÍNICOS

Os principais sintomas da diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda involuntária de peso, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, e infecções de repetição. Em proporção significativa dos casos o diabetes é assintomático. Outros sintomas incluem a visão borrada, a sonolência, a náusea e a diminuição da resistência durante o exercício.¹⁴

TRATAMENTO

Regularização do metabolismo, redução nas internações por complicações agudas (hipoglicemia e cetoacidose), evitar as complicações crônicas (micro emacrovasculares), redução dos problemas psicossociais como desajuste social, transtornos alimentares e depressão e estímulo da adoção de hábitos de vida saudáveis, são os objetivos do tratamento do diabetes. Este se baseia em três aspectos principais, que são a prática de atividade física, um plano alimentar balanceado e a administração de insulina. Alguns dos medicamentos, mas usados no tratamento da DM são:

Metformina (Glifage)_Reduz primariamente a produção hepática de glicose e combate a resistência à insulina. Alto potencial de redução da A1C (2%). Intolerância gastrointestinal. Não causa hipoglicemia. Pode promover discreta perda de peso.

Sulfonilureias:(Glimepirida (Amaryl®),Glibenclamida (Daonil®), Clorpropamida (Diabinese®), Gliclazida (Diamicron).Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração de ação de média a prolongada (8-24 horas). Úteis para o controle da glicemia de jejum e da glicemia de 24 horas. Podem causar hipoglicemia.¹⁴

Glinidas:(Repaglinida (Novonorm®, Prandin®, Posprand®),Nateglinida (Starlix®). Estimulam a produção endógena de insulina pelas células beta do pâncreas, com duração rápida de ação (1-3 horas). Úteis para o controle da hiperglicemia pós-prandial.

Potencial intermediário de redução de A1C (1,0 – 1,5%). Podem promover aumento de peso.

A insulina encontra-se disponível em três formas básicas, cuja ação difere quanto à velocidade e duração. A insulina de ação rápida, como a insulina regular (insulina cristalina), é a que tem uma ação mais rápida e curta. Começa por diminuir as concentrações de açúcar no sangue ao fim de 20 minutos após a sua administração, alcançando a sua atividade máxima das 2 às 4 horas, com uma duração de 6 a 8 horas. A insulina de ação intermédia, como a insulina zinco em suspensão ou a insulina isofano, começa a atuar ao fim de 1 a 3 horas, atingindo a sua máxima atividade num período de 6 a 10 horas e dura de 18 a 26 horas. A insulina de ação prolongada, como a insulina zinco em suspensão de ação prolongada, tem um efeito muito reduzido durante as 6 primeiras horas, mas oferece uma cobertura de 28 a 36 horas.^{14,15}

Complicações

A arteriosclerose é de duas a seis vezes mais frequente nos diabéticos do que nós não diabéticos e produz-se tanto nos homens como nas mulheres. Os ataques de coração e os acidentes vasculares cerebrais são muito frequentes. As lesões dos vasos sanguíneos do olho podem provocar a perda da visão (retinopatia diabética). A função dos rins altera-se e tem como resultado uma insuficiência renal que requer diálise. As lesões nervosas manifestam-se de várias maneiras. Se só um nervo funciona mal (mononeuropatia), aparece uma debilidade característica num braço ou numa perna. Se os nervos das mãos, das pernas e dos pés são lesados (polineuropatia diabética). Um fraco afluxo de sangue à pele também provoca úlceras e faz com que todas as feridas saíam muito lentamente. As úlceras da pele podem tornar-se tão profundas e infectadas e ser tão difícil a sua cura que pode mesmo ser necessária a amputação de uma parte da perna.¹⁴⁻¹⁵

PREVENÇÃO DO DIABETE E FATORES DE RISCO

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Modificação comportamental com a prática diária de atividade

física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, restringe a necessidade de hipoglicemiantes contribui a estimular o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Portanto, o incentivo da atividade física é considerado prioritário. Fatores indicativos de maior risco são listados a seguir:

- Idade >45 anos.
- Obesidade central.
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrosomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.¹⁵

Essa prevenção primária é realizada, essencialmente, pela a equipe de saúde, que tem como essência o cuidado humano. É dever de a equipe incentivar no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, em que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais profissões e nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁶

A importância de planejar grupos de educação para pessoas portadoras de diabetes justifica-se, pois, apesar dos grandes avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento, um alto percentual delas não adere ao tratamento preconizado.¹⁶

Com a educação dos portadores de diabetes, é possível conseguir reduções importantes das complicações e conseqüente melhoria da qualidade de vida; redução da glicemia basal, o índice massa corporal, a hemoglobina glicada, além de isso estimular o autocontrole da glicemia em paciente insulina dependente, proporcionar uma maior adesão ao tratamento e aumentar o conhecimento fomentando condições

ótimas para as mudanças do estilo de vida mais saudável. Como a educação para a saúde é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, é de responsabilidade de cada integrante da equipe de saúde. ¹⁶

Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus particularmente, que os participantes beneficiam-se da interação com outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas, encontrando não só apoio emocional, mas, também, ideias e sugestões para seu novo estilo de vida. Assim, trabalhar em grupo tem possibilitado o desenvolvimento de destrezas, aliviado as pressões e temores da pessoa, economizado tempo e esforço do educador. ¹⁶

4-Metodologia

4.1-Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve a o total de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 cadastrados por nosso equipe no 02 bajo tratamento farmacológico, da Unidade de Saúde da Família Vila Marcelo, localizada no município de São Paulo.

O universo estará composto por o total de 99 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 cadastrado no equipe 02, da UBS Vila Marcelo, e a amostra estará representada por o total de 35 pacientes com tratamento médico, disposto em 33 família.

Os critérios de inclusão serão: morar na área de abrangência, estar diagnosticado como Diabéticos tipo 1 e 2 de qualquer idade ou sexo que estejam cadastrado na população adscrita e que concordem em participar no grupo.

Os critérios de exclusão serão: pacientes com alguma deficiência física ou mental que não consiga ficar no grupo, aqueles pacientes diabéticos que são tem controle de sua doença com dieta.

O equipe envolvida na intervenção será composto por o médico, a enfermeira, as auxiliares de enfermeira e os agentes de saúde, também buscaremos auxilio da nutricionista e educador físico da equipe do NASF.

4.2-Contexto da intervenção

A intervenção será feita durante as consultas de seguimentos e nas visitas domiciliares, da Unidade de Saúde da Família Vila Marcelo, município de São Paulo, estado de São Paulo, onde chamo atenção o número de pacientes diabéticos bajo tratamento médico pouca adesão ao tratamento.

A maioria deles não tem um adequado acompanhamento e não tem conhecimentos das complicações agudas e tardias da doença.

4.3-Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente começara com reuniões com a equipe de saúde, com apresentação do Projeto, e a discussão de dúvidas e escuta de sugestões; depois será necessária a identificação dos pacientes com Diabetes Mellitus. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas e visitas domiciliar. Será feito uma abordagem integral do paciente.

Etapa 2

Os selecionados serão convocados para um acolhimento na unidade de saúde, para fazer uma descrição rápida e objetiva do Projeto de intervenção e falar sobre a importância do mesmo.

Etapa 3

Serão realizadas reuniões grupais mensais toda quartas férias, na Unidade de Saúde, nas quais serão discutidos os seguintes temas em palestras:

TEMA	PALESTRANTE
Acolhimento e explanação do projeto	Equipe de saúde
Conceito e fisiopatologia da DM	Médica
Principais fatores de risco e sua prevenção.	Médica e Enfermeira
O uso correto das medidas preventivas voltadas para o	Médica, auxiliares de

autocuidado referentes a hábitos alimentares.	enfermeira e nutricionista.
Importância da prática sistemática de atividades físicas e incorporação a grupos de caminhadas.	Enfermeira e educador físico.
Uso adequado da medicação e importância do uso da insulina para lograr melhor controle metabólico.	Médica e Enfermeira
Cuidado com a visão e os pés (ilustração de pacientes com sequelas de DM, através de vídeos).	Medica e Enfermeira
Discussão analítica e global do projeto, Confraternização.	Equipe de Saúde

4.4-Avaliação e monitoramento

Pretendemos avaliar as melhoras metabólicas e do qualidade de vida dos pacientes atenuantes no projeto por médios de exames laboratoriais: lipidograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ácido úrico, creatinina, ureia, além de urina tipo 1 trimestrais, monitorização da pressão arterial, frequência cardíaca e dos índice antropométricos como peso, índice massa corporal, circunferência abdominal, além de a evacuação subjetiva da melhora na qualidade de vida.

Os pacientes serão estimulados durante os encontros a testemunhar seus pontos de vistas, experiências pessoais, e aspectos positivos e negativos vivenciados durante os encontro.

Durante as reuniões de equipe feita diária na UBS serão discutido o desenvolvimento do projeto onde poderá ser feitas algumas sugestiones para possíveis intervenções.

5-RESULTADOS ESPERADOS

Tendo em vista a formatação e característica do projeto de intervenção, a análise dos dados será realizada de forma contínua e conforme previsto no cronograma. Espera-se que a partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção ao portador de DM sofra importantes readequações, onde a comunidade

possa ser mais bem assistida. É importante fomentar que a integralidade da assistência a estes pacientes torna-se ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos advindos de quadros descompensados das referidas patologias.

Pretende-se, ainda, fortalecer e ampliar o nível de conhecimento do grupo de diabéticos, enfatizando a continuidade desta intervenção como forma de contribuir para a ampliação de estratégias para a promoção do autocuidado em diabetes. Destaca-se a educação da pessoa com diabetes, como um aspecto fundamental do cuidado na obtenção do controle da enfermidade e, assim, prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, ajudando-os na promoção da qualidade de vida.

6-CRONOGRAMA

Atividades /2014	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Elaboração do projeto	x	x					
Identificação da população		x					
Estudo da literatura	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados		x	x				
Implantação do projeto				x	x		
Análise e discussão dos resultados						x	
Reunir a equipe multiprofissional para divulgação dos resultados obtidos.							x

7- Referência Bibliográfica

1. GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p. 49-54, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a09v60n1.pdf> >. Acesso em: agosto. 2014.
2. ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, dez. 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63009624>>. Acesso em: agosto. 2014.
3. BRASIL. Ministério Saúde **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).
4. McLELLAN, Kátia Cristina Potero et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.
5. Rev.Latino-Americana.Enfermagem vol.20 no.3 Ribeirão Preto May/June 2012.Disponivel em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300008>
6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 56 p. (Série A. Normas e manuais

Técnicos, n. 16). Disponível em: [[Links](#)] <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300008>.

7. Organización Mundial d la Salud. Programa de diabetes [Articulo en linea] www.who.int/diabetes/publications/en. [Consultada em julho 2014]
8. Vicente A, D' Agord B, Garay B, Barthalow B, Serra C, Bavermann C, et al. Cadernos de Atencao Basica n^o 36: Estrategia para o cuidado da pessoas com doenca cronica Diabetes Mellitus. Brasilia, DF ;2013.
9. Batista M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. Rev. Nutr. v. 18 n. 2 Campinas, mar./abr. 2005.
10. Lopes, H. F. Síndrome metabólica: Aspectos históricos, morbidade e mortalidade. Rev. Cardiol. São Paulo, 2004, 4. p. 539-543.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.
12. Pereira de Oliveira J. Portador de Diabetes Mellitus tipo 2: Mudança de hábitos para adesão ao tratamento. Paracatu MG. Faculdade Tecsona. Curso de graduação em enfermagem; 2010.
13. Bezerra de Silva J. Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 (maestria). São Paulo. Centro Universitário das Facultades Metropolitana Unida; 2007.
14. Manual Merck. Biblioteca Medica Online. Secção 13: Perturbações hormonais, capt. 147: Diabetes Mellitus. Disponível em <http://www.manualmerck.net/?id=173>
15. Prado R, Zanetti LM, Prado K, Pace E, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabete Mellitus. Medicina, Ribeirão Preto 2002; 142:150.
16. González A, Martínez R. Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 15, No. 3 2007; 165: 174.

