

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO.

Curso de Especialização em Saúde da Família .

Titulo :Mudança de hábito para adesão ao tratamento em pacientes portadores de Diabetes Melitos , na UBS III ,São Manoel , Nova Odessa, São Paulo.

Dr: Félix Alberto Cabrera Navarro.

Orientador: Fledson de Souza Lima

Nova Odessa, 2015.

Sumário

1. Introdução.	
1.1 Identificação e apresentação do problema.....	2
1.2 Justificativa da intervenção.....	3
2. Objetivos	
2.1 Objetivos Geral.	4
2.2 Objetivos Específicos.	4
3. Revisão Bibliografica	5
4. Metodologia.	
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	8
4.2 Cenários da intervenção.....	8
4.3 Estratégias e ações.	9
4.4 Avaliação e Monitoramento.....	9
5. Resultados Esperados.	10
6. Cronograma.....	11
7. Referências.....	12

1. Introdução.

1.1 Identificação e apresentação o problema.

Diabetes melitus (DM) tornou-se um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, e associada a elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso. Na edição do Atlas de Diabetes em 2011 havia no mundo 366 milhões de diabéticos, e espera-se que até 2030 haverá 552 milhões. Os mesmos estados de origem que quase quatro milhões de mortes na faixa etária de 20 a 79 anos poderiam ser atribuídos à diabetes, em 2010, 6,8% da mortalidade mundial por todas as causas nessa faixa etária.⁽¹⁾

Um dos pilares do tratamento do DM é a educação terapêutica, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um processo integrado de aprendizagem através de um tratamento que tenta proporcionar às pessoas com diabetes e suas famílias, as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) a necessidade de ser capaz de ser responsável com sua doença suporte de auto gestão. O curso de informações básicas sobre o diabetes melitus (CIBDM) é destinado a pessoas que são novas para a doença ou aqueles que a natureza crônica do diabetes e da necessidade de alcançar e manter, ao longo do tempo, as concentrações da glicose próximas aos valores normais justificar a ação educativa nesta doença envolve um dos pilares básicos da abordagem da pessoa diabética. Apesar das recomendações rigorosas para o controle glicêmico mais de 60% dos pacientes não atingir esse objetivo, devido à ignorância do plano de cuidados, má percepção da gravidade da sua doença e baixa prioridade para a educação nestes direções.^(2.)

A Educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de glicemia à atividade física e à dieta alimentar , é importante instrumento para aumentar a procura do tratamento e controlar os índices de pacientes diabéticos .

O conhecimento das doenças esta relacionado a melhorar a qualidade de vida , redução do numero de descompensacao ao menor numero de internações hospitalares .^(3.4)

Esta associada a complicações que comprometem a produtividade , a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes acometidos. A Diabetes é a sexta causa mais frequente de internações hospitalares e contribui por outras causas de internação como Cardiopatias Isquêmicas , insuficiência cardíaca , AVC, e HTA. A educação terapêutica segundo a Organização Mundial da Saúde levanta a necessidade de reduzir o risco relativo de diabetes melitus tipo 2, o que é essencial para o acesso a serviços de saúde e desenvolver advocacia saúde e prevenção em indivíduos em risco para o diabetes, o que é conseguido através de ações como modificar fatores de risco ou determinantes ambientais da espécie e / ou comportamento. Apesar de ter um tempo com ela a população não tem o conhecimento necessário para viver com diabetes^(5.6.7). A abordagem geralmente mais efetiva da população seria a adoção de um estilo de vida saudável. Tendo em conta o alto risco para o desenvolvimento de diabetes melitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares, a utilização de fármacos pode ser não necessário, o que é conseguido por meio de ações, tais como modificar os factores de risco determinantes ambientais ou de tipo e / ou o comportamento aproximar mais caixa e, em geral, a adoção de um estilo de vida saudável^(8.9.10).

1.2 Justificativas da intervenção.

Nosso problema é lograr a conscientização do pacientes com índice glicêmicos, fortalecer a importância do trabalho da equipe multidisciplinar na recuperação social e diminuir o alto índice de diabetes na comunidade, ademais esclarecer sobre seus danos causados pela doença , os cuidados , reforçar a administração do tratamento medicamentoso para melhorar a condição de saúde dos pacientes , por isso trabalhamos na unidade básica de saúde III , São Manoel , Nova Odessa .

2. Objetivos.

2.1 Objetivo Geral.

- Conhecer os aspetos que interferem na adesão e tratamento dos pacientes diabéticos ,na UBS III ,São Manoel ,Nova Odessa.

2.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar quais aspetos influem na adesão ou tratamento e como eles interferem .

2 .Modificar o perfil epidemiológico em pacientes portadores de diabetes cadastrados na UBS.

3.Concientizar aos pacientes sobre os danos causados pela doença para a saúde.

3. Revisão Bibliográfica.

O diabetes melito (em latim, *diabetes melitus*), também conhecido como diabetes sacarino, diabetes sacarina, diabetes² e diabete,³ é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue.⁴ A glicose é a principal fonte de energia do organismo porém, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde como por exemplo o excesso de sono no estágio inicial, problemas de cansaço e problemas físico-táticos em efetuar as tarefas desejadas. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações como ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.^(4.5)

Embora ainda não haja uma cura definitiva para a/o diabetes (a palavra tanto pode ser feminina como masculina), há vários tratamentos disponíveis que, quando seguidos de forma regular, proporcionam saúde e qualidade de vida para o paciente portador.

Diabetes é uma doença bastante comum no mundo, especialmente na América do Norte e norte da Europa, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Porém estima-se que cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico.^{6,7}

Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025.⁸

A diabetes afeta cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões de pessoas)¹¹ e 5% da população de Portugal (500 mil pessoas).⁹

A diabetes tipo 1 ocorre em frequência menor em indivíduos negros e asiáticos e com frequência maior na população europeia, principalmente nas populações provenientes de regiões do norte da Europa. A frequência entre japoneses é

cerca de 20 vezes menor que entre escandinavos.¹⁰ Em São Paulo a incidência do tipo 1 é de 7,6 casos a cada 100.000 habitantes.¹⁰

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2006 havia cerca de 170 milhões de pessoas doentes da diabetes, e esse índice aumenta rapidamente. É estimado que em 2030 esse número dobre. A Diabetes Mellitus ocorre em todo o mundo, mas é mais comum (especialmente a tipo II) nos países mais desenvolvidos. O maior aumento atualmente é esperado na Ásia e na África, onde a maioria dos diabéticos será visto em 2035. O aumento do índice de diabetes em países em desenvolvimento segue a tendência de urbanização e mudança de estilos de vida.

A diabetes está na lista das 5 doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Por pelo menos 20 anos, o número de diabéticos na América do Norte está aumentando consideravelmente. Em 2005, eram em torno de 20,8 milhões de pessoas com diabetes somente nos Estados Unidos. De acordo com a American Diabetes Association existem cerca de 6,2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas. Os Centros de Controles de Doenças classificaram o aumento da doença como epidêmico, e a NDIC (National Diabetes Information Clearinghouse) fez uma estimativa de US\$132 bilhões de dólares, somente para os Estados Unidos este ano.

Fatores de risco:

Os principais fatores de risco para o diabetes mellitus são:^{12,13}

- Idade acima de 45 anos;
- Obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal ≥ 25 kg/m²);
- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;
- Diabetes gestacional ou macrossomia prévia;
- Hipertensão arterial sistêmica;

- Colesterol HDL abaixo de 35 mg/dl e/ou triglicerídeos acima de 250 mg/dl;
- Alterações prévias da regulação da glicose;
- Indivíduos membros de populações de risco (negros, hispânicos, escandinavos e indígenas).

Complicações

As complicações da diabetes são muito menos comuns e severas nas pessoas que possuem os níveis glicêmicos (de açúcar no sangue) bem controlados, mantendo-os entre 70 e 100 mg/dl em jejum.¹⁰

As complicações causadas pela diabetes se dão basicamente pelo excesso de glicose no sangue, sendo assim, existe a possibilidade de glicosilar as proteínas além de retenção de água na corrente sanguínea, e retirada da mesma do espaço intercelular.

4. Metodologia.

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.

A intervenção envolve os pacientes cadastrados e portadores de Diabetes Mellitus ,na idades de 40-60 anos , na unidade básica de saúde III ,São Manoel , Nova Odessa.

4.2 Cenários da intervenção.

Mediante as visitas domiciliares e consultas na unidade básica de saúde III pertencente ao município de Nova Odessa, estado de São Paulo, o número alto de pacientes com índice de glicemia elevado chamou a atenção. Os pacientes sem diagnóstico acompanhamento adequado, foram questionados sobre os riscos mais preferiam assumir os mesmos pelo desconhecimento da doença e maus hábitos da adesão ao tratamento.

As ações dirigidas aos pacientes com índice de glicemia elevado foram realizadas na própria unidade de saúde (consulta e sala de reuniões). Quando as atividades necessitarão outros espaços para interações e dinâmicas acontecerão na visita domiciliar.

4.3 Estratégias e ações.

Etapa 1.

Será necessária a identificação dos pacientes com índice de glicemia elevado, presentes entre os pacientes cadastrados na unidade básica de saúde, para assim, mudar os hábitos para adesão ao tratamento . Essa investigação será através de abordagem no momento da visita domiciliar, atendimento em consulta ou acolhimento na unidade de saúde.

Etapa 2.

Os pacientes identificados com sua doença serão convocados para uma reunião na unidade de saúde para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção e convite para comporem o grupo.

Etapa 3.

Agendamento das consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento dos fatores de risco e hábitos de alimentação, assim como adesão ao tratamento.

Etapa 4.

Trabalho da equipe na comunidade para lograr conscientizar da população para mudar os hábitos para adesão ao tratamento em pacientes portadores de Diabetes Melitus.

Etapa 5.

Serão realizadas reuniões mensais na unidade de saúde, nas quais será discutido um tema relacionado a diabetes mellitus, de acordo com o profissional selecionado para a data.

4.4 Avaliação e Monitoramento.

Os pacientes serão avaliados, durante as consultas, visita domiciliar, trabalho no grupo para valorar suas experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos da intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões mensais se restabeleceram hábitos saudáveis que permitam reorganizar sua vida pessoal, familiar e trabalhista; se conseguira um saudável controle de riscos; se trabalharão aspectos pessoais que permitam restabelecer sua adequada alimentação, assim como elevar o nível de conhecimento sobre os aspectos que interferem , na adesão ao tratamento . O trabalho será feito com pacientes portadores de diabetes na idade entre 40-60 anos, na UBS III , São Manoel, Nova Odessa.

5. Resultados Esperados.

Mediante o trabalho constante os pacientes podam assumir sua doença, mudar os hábitos para adesão ao tratamento e conhecer os aspectos que interferem na adesão , assim como conscientizar sobre os danos causados pela doença.

6. Cronograma.

Atividades	ago	sep	ou	nov	dez	jan	fev
Elaboração do Projeto	X						
Identificação da população		X	X				
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X	
Implantação do projeto					X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

7. Referências.

1. <http://noticias.terra.com.br/ci%C3%ancia/interna/0,0I471727-EI298,00.html>
2. FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1986. p. 583.
3. Dicionário escolar da língua portuguesa/Academia Brasileira de Letras. 2ª edição. São Paulo. Companhia Editora Nacional. 2008. p. 440.
4. Diabetes Mellitus. Portal Banco de Saúde. 2008. Diabetes Mellitus: Diagnostico- Complicações crônicas
5. Malerbi D, Franco L. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. Diabetes Care 1992;15:1509-16.
6. Barzilav JI, Spiekerman CF, Wahl P, Kuller LH, Cushman M, Furberg CD et al. Cardiovascular disease in older adults with glucose disorders: comparisons of American Diabetes Association of diabetes mellitus with WHO criteria. Lancet 1999;354:622-5.
7. <http://diario.iol.pt/sociedade/diabetes-doenca-saude-insulina-medicos-doentes/995433-4071.html>
8. FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1986. p. 583.
9. Diabetes Mellitus e Qualidade de Vida. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2007-2008. Sociedade Portuguesa de Diabetologia
10. LaPorte RE, Cruickshanks KJ. Incidence and risk factors for insulin-dependent diabetes. National Diabetes Data Group. Diabetes in America: diabetes data compiled 1984. NIH publication 85-1468.