



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Curso de Especialização em Saúde da Família

Proposta para o acompanhamento do paciente com Diabetes Mellitus na
Estratégia de Saúde da Família

Autor: Jarbas de Oliveira Selos

Orientador: Jorge Luís Marques Fernandes

São Paulo/SP

2015



Sumário

1. Introdução	03
1.1. Identificação e apresentação do problema	03
1.2. Justificativa da intervenção	04
2. Objetivos	05
2.1. Objetivo Geral	05
2.2. Objetivos Específicos	05
3. Metodologia	05
3.1. Cenário da Intervenção	05
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	06
3.3. Estratégias e ações	06
3.4. Avaliação e monitoramento	07
4. Resultados esperados	07
5. Cronograma	08
6. Referências Bibliográficas	09

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação e apresentação do problema

Sabe-se que o Diabetes Mellitus (DM) atinge em todo o mundo um grande número de pessoas de qualquer condição social e que será uma das principais causas de mortalidade no futuro próximo, além de ser causa importante de redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida ⁽¹⁾.

Conhece-se que a descompensação do paciente diabético, associada à desregulação metabólica, proporciona alterações secundárias em múltiplos sistemas orgânicos e que, nos Estados Unidos da América, essa síndrome tornou-se a principal causa de doença renal em estágio terminal, de amputações não traumáticas em membros inferiores, cegueira em adultos e predisposição para doenças vasculares ⁽²⁾.

Devido ao envelhecimento populacional e à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, o diabetes está atingindo proporções epidêmicas a nível mundial ⁽³⁾.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 180 milhões de pessoas no mundo têm DM atualmente e esse número será provavelmente maior que o dobro em 2030, sendo que esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas. Nos Estados Unidos, o número de pessoas com Diabetes alcançou 23,6 milhões em 2007, 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões ou 23,1%, têm Diabetes ⁽⁴⁾.

Estudos recentes mostram que a Diabetes afeta de 30 a 40% da população mundial adulta. Esta prevalência incrementa-se com a idade e chega a estar presente em mais de dois terços da população maior de 60 anos, o que aumenta sua importância epidemiológica devido ao envelhecimento da população na maioria dos países do mundo. Em decorrência de seu caráter assintomático, a detecção da diabetes, geralmente, é tardia, dificultando a adesão dos portadores ao tratamento e ao controle adequado. No Brasil, dada a expressiva prevalência dessa condição e suas graves complicações, vêm aumentando o diagnóstico de incapacidades permanentes ⁽⁵⁾.

A DM está entre os cinco principais problemas manejados pelo médico de família e comunidade ⁽⁶⁾. É responsável por cerca de 5% da taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil ⁽⁷⁾, com tendência à queda nos últimos anos, provavelmente relacionada à reorganização da APS no país ⁽⁸⁾.

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes a cada 10 segundos uma pessoa morre no mundo de causas relacionadas ao Diabetes Mellitus e, nesse mesmo intervalo de tempo 2 pessoas desenvolvem a doença; além disso, pessoas com DM tipo 2 têm sua expectativa de vida diminuída, em média, 5 a 10 anos, em relação a pessoas sem Diabetes, principalmente em decorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares ⁽⁹⁾.

No Brasil, o estudo Multicêntrico sobre Prevalência de Diabetes Mellitus encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22% não faziam nenhum tratamento ⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que a APS constitui uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo um papel fundamental no processo de acompanhamento e prevenção das complicações do DM ⁽¹¹⁾.

O manejo clínico adequado, o estímulo à autonomia do usuário por meio de estratégias centradas na pessoa e a continuidade dos cuidados são eficazes na redução de complicações e mortalidade por DM ⁽¹²⁾. Assim, para um cuidado efetivo, é necessário ao médico conhecimento técnico atualizado, habilidades de comunicação e uso de tecnologias próprias da APS ^(4,13).

1.2. Justificativa da intervenção

Durantes os atendimentos em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) e em visitas domiciliares e por meio de informações encontradas em anotações de prontuários e trazidas pelos componentes da equipe, observou-se que há um grande número de diabéticos com: deficiências no autocuidado, dificuldades para a adesão ao tratamento, falta de conhecimentos sobre sua doença, complicações agudas e crônicas; tratamento medicamentoso incorreto, uso inadequado da insulinoterapia, hábitos alimentares incongruentes com seu estado de saúde e que, muitos não realizavam atividades físicas.

Os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo chamam à atenção em alguns quantos diabéticos. Muitos destes pacientes não realizavam acompanhamento adequado e quando questionados sobre os riscos, muitos aceitaram o seu desconhecimento sobre alguns aspectos importantes deste tema.

Por esse motivo, a equipe achou necessário intervir sobre este tema em questão, elaborando este projeto e oferecendo contribuições científicas e de prática assistencial ao diabético, além de reconhecer suas demandas e necessidades, com a finalidade fortalecer e qualificar a atenção primária.

Este relatório refere-se também à implementação de um projeto de intervenção, desenhado previamente pela “APS da Entidade Filantrópica Santa Marcelina no ano de 2012”, no qual, trata-se de “Recomendações para o Acompanhamento do paciente com Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)”; seguindo os parâmetros assistenciais do caderno de atenção básica n^o. 16 do Ministério da Saúde.

A finalidade deste projeto é a de não somente ofertar ao paciente um seguimento adequado, mas sim também, comparar e incrementar o conhecimento dos pacientes diabéticos antes e após a implementação de programa de educação em diabetes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Incentivar cuidados de saúde e interação social dos usuários diabéticos cadastrados na área de abrangência da UBS, elevando o conhecimento sobre a importância do tratamento não farmacológico e/ou farmacológico associado.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1 Criar um fluxo de atendimento e promover um adequado acompanhamento do paciente compensado ou descompensado.

2.2.2 Colaborar com a equipe no rastreio populacional para DM.

2.2.2 Identificar nos pacientes suas interações sociais e promover um estilo de vida saudável.

2.2.3 Conscientizar sobre a importância da prática de exercícios físicos para melhorar a qualidade de vida.

2.2.3 Elevar o conhecimento sobre as complicações da Diabetes.

2.2.4 Promover o conhecimento acerca das medicações hipoglicemiantes (antidiabéticos orais e /ou insulinoaterapia).

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário da Intervenção

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Zona Leste do município de São Paulo capital, no segmento 28 (zona urbana) em Ermelino Matarazzo encontra-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Pedro de Souza Campos que no total conta com 6 equipes.

A equipe número 6 envolvida, está composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitárias de saúde.

Na equipe, identificou-se em sua população adstrita, de 3528 pessoas cadastradas, em que muitos são diabéticos e, vários portadores de múltiplas comorbidades crônicas.

O cenário da intervenção incluirá os domicílios dos usuários cadastrados na equipe 6, a UBS, as igrejas, as áreas destinadas ao lazer e de convívio social do bairro.

3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A população a ser diretamente beneficiada inclui as 1049 famílias e, concomitantemente, as 226 pessoas diabéticas (6,41%) residentes na área adstrita sob responsabilidades da equipe 6 da UBS Dr. Pedro de Souza Campos.

3.3. Estratégias e ações

Reuniões com a equipe e elaboração de uma estratégia, tendo em conta as características dos usuários diabéticos e a organização interna da UBS.

Realizar um cadastro específico das pessoas diabéticas que utilizam a UBS e direcionar as ações preventivas a este grupo de indivíduos.

Reunir-se com a Gerente da unidade e explicar o projeto e, como a equipe multidisciplinar e os demais integrantes da UBS (administrativos, recepcionistas e etc.) atuaram na implementação do redirecionamento do fluxo dos pacientes diabéticos.

Anexar aos prontuários dos pacientes que sofrerão a intervenção o monitoramento do acompanhamento do paciente diabético. O objetivo é que este instrumento seja o norteador. Propõe-se aos pacientes diabéticos: um número mínimo de consultas, grupos resolutivos e educativos; também oferta-se um apoio, através da equipe multidisciplinar da UBS, no seguimento e nas mudanças de hábitos de vida.

Proposta de acompanhamento do Paciente com DM desenhado pela Equipe da APS da Entidade Filantrópica Santa Marcelina:

- *Pacientes com Diabetes Mellitus compensado e não insulino dependente: deverão ser garantidas minimamente 03 consultas ao ano, sendo 02 consultas médicas e 01 consulta de enfermagem intercalada com 01 Grupo Educativo da equipe de enfermagem e 01 Grupo Resolutivo (médico e enfermeiro).*
- *Pacientes com Diabetes Mellitus Insulino dependentes ou com lesão de órgãos - alvo (retinopatia, vasculopatias, nefropatias, coronariopatias, neuropatias, etc.): deverão ser garantidas minimamente 04 consultas médicas ao ano e 02 Grupos Resolutivos/Educativos com Enfermeiro ao ano.*
- *Pacientes com Diabetes Mellitus descompensado ou Insulino dependentes e com lesão de órgãos – alvo (LOA): deverão ser garantidas minimamente 06 consultas médicas ao ano ou mais conforme avaliação médica. Nestes casos o acompanhamento realizado pelo Enfermeiro, deverá ser por meio de visitas domiciliares e/ou grupos educativos.*

Realizar grupos educativos para conscientização da importância da consulta periódica e do monitoramento da glicemia. Serão realizadas reuniões bimestrais, na unidade de saúde, nas quais serão discutidos temas relacionados ao estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data, como demonstrado no Quadro I abaixo:

DIA - Reuniões	TEMA	PALESTRANTE
1º Mês: Jan 2015	•Acolhimento e explicação do projeto	Equipe de Saúde e NASF
2º Mês: Mar 2015	•Conceituação de estilo de vida saudável e questionário 1	Médico
3º Mês: Mai 2015	•Prática de exercícios físicos como parte do tratamento da Diabetes	NASF
4º Mês: Jul. 2015	•Alimentação adequada e sua importância	NASF
5º Mês: Set 2015	•Método correto da aplicação da insulina	Enfermeira
6º Mês: Nov. 2015	• Conscientização acerca da importância do uso correto das medicações e questionário 2	Médico
7º Mês: Dez 2015	•Discussão analítica global •Confraternização	Equipe de Saúde

Quadro I: “Demonstração dos temas”

3.4. Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a compartilhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo e aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para uma avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Finalizadas as atividades propostas, se aplicará o mesmo questionário sobre os temas abordados, que permitirá comprovar os conhecimentos adquiridos pelo grupo em questão durante o período de desenvolvimento do projeto.

4. Resultados Esperados

Pretendemos também aprimorar o fluxo dos pacientes com DM que atualmente passam em consulta na UBS.

Pretendemos com este projeto que os pacientes esclareçam-se mais sobre a sua doença. Saibam quantos tipos de Diabetes existem, qual é a importância da alimentação adequada, qual é a importância realização de atividades físicas, entre outras informações pertinentes. Isso incrementará o conhecimento do paciente para evitar as complicações agudas e crônicas, diminuindo o uso de medicamentos hipoglicemiantes e da insulina, modificando e melhorando seu modo e estilo de vida.

5. Cronograma

Atividades	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	03/14	04/15	05 ate 12/15
Identificação do Problema	X	X	X							
Elaboração do Projeto de Intervenção		X	X	X	X					
Aprovação do projeto				X						
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados			X	X	X	X				
Discussão e Análise dos Resultados						X	X	X	X	X
Revisão Final e Digitação						X	X	X	X	X
Entrega do Trabalho Final						X	X			X
Socialização do Trabalho						X	X	X	X	X

6. Referências Bibliográficas

1. WHO Study Group on Diabetes Mellitus. Prevention of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1994. (WHO – Thechnical ReportSeries, 844).
2. Alvin CP. Diabetes melito. “In”: Harrison T.R., Resnick, W.R., Wintrobe, M.M., Thorn, G.W., Adams, R.D., Beeson, P.B., et al. Medicina Interna 16ª edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2009. P.2260-2288.
3. International Diabetes federation – IDF. IDF Diabetes Atlas. Disponível em:<http://diabetes.org.br>.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n.36).
5. Wild S, Roglic G, green A, Sicree R, king H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2039. Diabetes Care. 2004;27(5):1047-53.
6. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: (CIAP-2). 2. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
7. Elias E, Magajewisky F. A atenção primária à saúde no sul de santa catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Versão Brasileira de Epidemiologia. 2008;11(4):633-47.
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macincko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto ICSAP – Brasil). Caderno de saúde pública. 2009; 25(6):1337-49.
9. Worrall G, Knight J. continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortalit and hospitalization. Can Fam Physician. 2011,57 (3):16-20.

10. Malerbi DA, Franco LJ. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence Multicenter: study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care* 1992; 2:33-6.
11. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35 (1), 88-95.
12. Malik S, Billimed J, Greenfield S, Sorkin D, Ngo-Metzger Q, Kaplan S. Patient complexity and risk factor control among multimorbid patients with type 2 diabetes: results from the R2D2C2 study. *Med Care*. 2013 Feb; 51(2): p. 180-5.
13. Honkasalo M, Linna M, Sane T, Honkasalo A, Elonheimo O. A Comparative study of two various models of organising diabetes follow-up in public primary health care - the model influences the use of services, their quality and costs. *BMC Health Serv Res*. 2014;14: p. 26.
14. Sistema de informação da Atenção Básica [www2.datasus.gov.br/SIAB/]. São Paulo. Ministério da Saúde. 2002 – 2014. [2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=2>.