

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**COMO MELHORAR OS NÍVEIS DE GLICEMIA NOS PACIENTES PORTADORES  
DE DIABETES**

MARIA APARECIDA DA SILVA TORRES  
LIDIANE SOARES DOS SANTOS MELO

SÃO PAULO  
2014

## 1. Introdução

Quando iniciei as atividades na unidade básica de saúde Santo Onofre em Taboão da Serra, observei que havia um fluxo diferente, usuários de ambos em busca da aferição da pressão arterial e do teste de glicemia capilar, diariamente os mesmos pacientes vinha à procura do teste a (furada do dedo), este o termo usado pela população local, sem critério de horário ou dieta, lá estavam, associado a uma queixa: dor na nuca, enjoo, fraqueza nos MMII, tontura, visão turva, emagrecimento, pele ressecada, desidratado, sonolência ou opressão no peito com necessidade de auxílio para se levantar ou se locomover, com expressão facial de dor e fome, entre eles a descoberta que não faziam o jejum.

No atendimento foram questionados sobre a falta do autocuidado, com afirmação eles respondiam que tinha a necessidade do jejum, que foram orientados assim, que para fazer o teste não podiam tomar os medicamentos ou até mesmo tomar o café, por isso não se alimentavam quando vinham à procura do serviço no posto, sem uso das medicações de horário para outras patologias, o relato e que não tem ajuda da família e realizam as atividades diárias sozinhas. Todos tem o aparelho glicosímetro, retiram os insumos, mas não sabem fazer uso do mesmo.

Na unidade pós o acolhimento o médico faz a avaliação e determina a prescrição para estabilizar o metabolismo do paciente e feito à terapia endovenosa com a insulina e correção da pressão arterial, o mesmo fica em observação, acionando o serviço do SAMU e transferência para o pronto socorro local. No dia seguinte o mesmo paciente volta com a mesma queixa.

Outras características dessa população e bem variada, são clientes da faixa etária de 40 anos a cima, do sexo masculino com 55 anos a cima, a maior concentração esta no sexo feminino na faixa etária de 40 anos a cima, sua maioria sem escolaridade, poucos frequentaram a escola. Perguntado sobre praticas de atividade física, alguns já fizeram e a grande maioria relata não ter ânimo ou paciência para fazer atividade física, alguns são fumantes ou etilistas. A dieta alimentar foi classificada parcialmente adequada para a pressão alta e não para o diabetes, os portadores de diabetes I fazem uma dieta mais equilibrada, talvez pela idade e ter acompanhamento da família a maioria está associado a outras patologias como pressão alta e artrite, a renda mensal varia de um e dois salários mínimos, muitos entram como renda familiar, à ocupação das mulheres são donas de casa, aposentadas domesticas ou pensionistas. Neste período tivemos cinco óbitos, três acima de 60 anos e por outras complicações e dois com idades entre 45 e 55 anos, por não exercer a educação para o diabetes. Com a certeza de uma vida melhor migraram do Nordeste para o Sudeste do país, por ser mais rico para ter uma qualidade de vida melhor.

Foi colocado aos portadores de diabetes que seria feito grupos pequenos para serem discutidas as necessidades, o grupo com mais dificuldade seria o primeiro, essa organização gerou três grupos na primeira fase foi triado de acordo com outras patologias, na pauta foi discutido algumas necessidades mais urgentes à retirada do medicamento e acondicionamento adequado, os insumos e manuseio, dieta, pedido de exames laboratoriais e retorno com o clínico para ajustar os medicamentos, a sua maioria estava sem acompanhamento médico a mais de seis meses, foi discutido e orientado a importância do exercício físico, no mínimo um alongamento e caminhada diária no bairro onde mora.

O Diabetes Melito (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, de defeitos na secreção de

insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia ocorre por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de morbimortalidade por doença cardiovascular com perda importante na qualidade de vida. Podemos afirmar que é uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e 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 mundo, o Diabetes atinge 5,6% da população adulta. <sup>(1)</sup>

O Diabetes Mellito (DM) tipo I é a congênita, ou seja, que o indivíduo já nasce com ela, causado por processo autoimune neste caso a célula beta do pâncreas não produz insulina alguma devido a uma destruição das Ilhotas de Langerhans neste caso necessitando a pessoa receber doses de insulina exógena para conseguir carrear a glicose para o interior da célula. O Diabetes Mellito (DM) tipo II é que o indivíduo desenvolve ao longo dos anos, neste caso o pâncreas produz uma quantidade de insulina a qual não é suficiente para carrear a quantidade adequada de glicose para o interior das células ocorrendo uma resistência insulínica. O diagnóstico do diabetes mellitus, é realizado através de níveis séricos de sangue após jejum oral compreendido num período de 8 a 12 horas tendo como base valores glicêmicos normais até 100mg/dl, considerando-se alterada diabetes mellitus entre 110mg/dl e 125 mg/dl, tolerância a glicose diminuída entre 140 mg/dl e 200 mg/dl. <sup>(2)</sup>

Estes dois tipos de diabetes mellitus são as formas mais comuns da patologia sendo importante a sua classificação para determinar o tipo de tratamento proposto a cada indivíduo. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas quando e em excesso, pode acontecer várias complicações à saúde. A metade dos portadores da diabetes desconhece que tem a doença, uma vez que a doença é assintomática. O diagnóstico precoce do diabetes é importante, pois o tratamento evita suas complicações, os sintomas mais comuns são: Urinar excessivamente ou acordar várias vezes a noite para urinar, sede excessiva, aumento do apetite, perda de peso mesmo para obesos, cansaço, vista embaçada ou turvação visual, infecções frequentes de pele. <sup>(3)</sup>

Diabetes tipo I, os sintomas se instalam rapidamente, especialmente, urinar de maneira excessiva, sede excessiva e emagrecimento. Quando o diagnóstico não é feito aos primeiros sintomas os portadores de diabetes tipo I, podem até entrarem em coma, ou seja, perderem a consciência, uma situação de emergência e grave, conhecido também como diabetes insulino dependente, diabetes infanto-juvenil e diabetes imunomediado. Neste tipo de diabetes a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, pois suas células sofrem o que chamamos de destruição autoimune. Os portadores de diabetes tipo I necessitam injeções diárias de insulina para manterem a glicose no sangue em valores normais. Há risco de vida se as doses de insulina não são dadas diariamente. O diabetes tipo I embora ocorra em qualquer idade é mais comum em crianças, adolescente ou adulto jovem. <sup>(3)</sup>

No diabetes tipo II o sintoma quando aparece se instala de maneira gradativa e a maioria das vezes pode não ser percebida pelo portador. Também tem o nome de diabetes não insulínica ou diabetes do adulto e corresponde a 90% dos casos. Na maioria das vezes aparece em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, na atualidade se vê com maior frequência em jovens, em virtude de maus hábitos alimentares, sedentarismo e stress da vida urbana, neste tipo de diabetes encontra-se a presença de insulina, porém sua ação é dificultada pela obesidade, o que é conhecido como resistência insulínica, uma das causas de hiperglicemia. Por ser pouco sintomático o diabetes na maioria das vezes permanece por muitos anos sem diagnóstico e sem tratamento o que favorece a ocorrência de suas complicações no coração e no cérebro. <sup>(3)</sup>

Controlar o diabetes é importante por ser a sexta causa básica de morte no Brasil, e a principal causa de cegueira adquirida e desenvolvimento de úlcera nos pés e eventuais necessidades de amputação. As alterações macrovasculares incluem a doença vascular aterosclerótica, com possível evolução para infarto do miocárdio, a doença cérebro vascular associada a acidentes cerebrais dos pacientes diabéticos representam 30% das internações coronarianas intensivas com dor precordial. O portador de diabetes tem mais chances de sofrerem um derrame cerebral é duas vezes maior em relação aos não diabéticos. Ainda tem sido significativamente subnotificado como causa morte devido ao inadequado preenchimento da declaração de óbito. Frente a dados como esses que implicam gastos elevados em saúde, prejuízo à qualidade de vida, diminuição da capacidade de trabalho e da expectativa de vida, justifica-se a prioridade do programa de controle desse agravo que se volte ao desenvolvimento de uma assistência singular aos usuários diabéticos bem como a identificação precoce da população com riscos. <sup>(4,10)</sup>

O Diabetes mellitus atinge pessoas de qualquer condição social em todo o mundo, configurando-se como problema, individual e de saúde pública, de alta relevância, nos últimos anos com grande avanço sua incidência e prevalência e já alcança proporções epidêmicas. <sup>(4)</sup>

O teste da glicemia capilar é um método de mensuração de fácil acesso de manipulação, simples e rápido. Alguns fatores podem interferir na validade do resultado, como alterações extremas no hematócrito e variações na temperatura e na umidade ambientais. Como o sangue capilar é uma mistura do sangue venoso e arterial, a concentração de glicose medida pode ser um pouco mais alta do que a que se verificaria no sangue venoso. <sup>(5)</sup>

A realização de testes glicêmicos no domicílio teve um retorno satisfatório reduziu as internações por disfunção metabólica. Podemos afirmar que o trabalho em conjunto dos portadores, família e equipe multidisciplinar foi presente para ajustar o tratamento. <sup>(6)</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui ações de promoção de saúde, tratamento, prevenção, diagnóstico, capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica, além de pesquisas voltadas para o cuidado do indivíduo diabético. Essas ações são combinadas e estabelecidas, financiadas e executadas pelos gestores dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. As ações de assistência são, na maioria, executadas nos municípios, sobretudo por meio da

rede básica de Saúde. A importância na rede básica se dá através de protocolos clínicos, capacitação de profissionais de saúde, assistência farmacêutica com fornecimento gratuito dos medicamentos essenciais, incluindo as insulinas NPH (*Neutral Protamine de Hagedorn* ou insulina exógena) e Regular e também pelo fornecimento de insumos para automonitoramento da glicemia capilar (glicosímetro, lancetas e seringas para aplicação de insulina). É importante destacar a ampliação do acesso aos serviços de saúde aos portadores de diabetes por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família. <sup>(7)</sup>

O Programa Farmácia popular do Brasil (dispensação de medicamentos) foi criado para atender a demanda populacional quanto ao acesso a medicamentos prescritos, redução de gastos com a saúde e principalmente, contribuir para a melhoria da saúde pública. Um programa considerado eficaz dentro de sua abrangência e atuação no que diz respeito ao tratamento de pacientes com doenças crônicas hipertensão e diabetes. A organização e parceria privada, com farmácias e drogarias, busca alcançar uma bem sucedida transformação no sistema de saúde. Por fim, o PFPB é uma iniciativa do Estado em tomar o foco da falta de acesso da população a medicamentos essenciais e gerenciar forças para retirar os obstáculos existentes, através de inovação e busca por uma situação sustentável. <sup>(8,11)</sup>

Educação em saúde é muito importante, é o processo de viverem saudáveis os portadores de diabetes. A compreensão desse processo como um ato de compartilhamento de experiências entre o educador e o educando, vivenciando, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas, traz uma nova perspectiva para as pessoas. Esses pacientes estão menos preparados para tomar decisões baseadas em informações, fazer mudanças de comportamento, lidar com os aspectos psicossociais e, por fim, não estar equipado o suficiente para fazer um bom tratamento. O mau controle resulta em prejuízo para a saúde e em uma grande probabilidade de desenvolver complicações. O papel dos educadores em diabetes é essencial, juntamente com a equipe multidisciplinar. O educador faz com que a pessoa com diabetes monitore sua saúde com escolhas e ações baseadas em julgamento vindo da informação. <sup>(9)</sup>

As ações e condutas tem que ser aplicadas para envolver o portador, família e amigos para juntos reforçar o tratamento sem abandono, sabe-se que é um desafio para equipes de saúde, o portador terá que mudar o seu modo de vida. Aos poucos vai ter que aprender a gerenciar a vida com autonomia, qualidade e escolhas, para prevenir às complicações da cronicidade.

Essas ações e condutas tem que fazer parte do trabalho de toda equipe, a falta de uma comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde e pessoas com DM interfere numa melhor qualificação da assistência. Para garantir fortalecimento do vínculo garantindo a efetividade do cuidado, encorajando relação paciente e equipe, participação ativa criando oportunidade para expressar as duvidas avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado. Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendada, Avaliar a qualidade do

cuidado prestado para planejar ou reformular as ações em saúde para realizar os exames de laboratório como hemoglobina glicada (A1C) pelo menos duas vezes/ano.<sup>(1)</sup>

## **2. Objetivo**

### **2.1 Geral**

Reeducar e identificar a terapia medicamentosa e níveis glicêmicos.

### **2.2 Específico**

Melhorar o conhecimento dos pacientes insulíndependentes sobre a insulínterapia, incluindo os fatores ligados ao armazenamento, transporte, aplicação, visando melhorar a resposta ao tratamento e o controle dos níveis glicêmicos

## **3. Metodologia**

Este Projeto de Intervenção utilizará a técnica de grupos educativos aos pacientes insulíndependentes da ESF, onde serão abordados desde a retirada da insulina (da farmácia), acondicionamento, insumos, dieta adequada, exames laboratoriais, à importância da atividade física. Com envolvimento da equipe multidisciplinar com médico, dentista, podóloga, agente comunitário, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

## **4. Cenário do Estudo**

Este estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde – Santo Onofre, no Município de Taboão da Serra.

### **4.1 Sujeitos da Intervenção**

Portadores de diabetes de ambos os sexos, a maior concentração está no sexo feminino na faixa etária de 40 anos a cima, já o sexo masculino na faixa etária de 55 anos a cima, o diabetes tipo I são jovens na faixa etária 14 a 28 anos, poucos tem o ensino fundamental completo, o desemprego e uma grande realidade, uma pequena parte tem a carteira assinada.

### **4.2 Estratégias e ações**

No início do mês com hora marcada e grupos menores haverá a reunião para colocar às necessidades pessoais e suas queixas, dar atenção e conhecer todos os membros do grupo com a troca de informação dos portadores. E apresentado nas reuniões ilustrações ou folders falando sobre cuidados pessoais, o corte das unhas a perda de sensibilidade nos pés que será orientado por uma podóloga da comunidade, assim como a importância do uso de calçados e roupas confortáveis. Também serão abordados assuntos sobre: acuidade visual, dieta balanceada com nutricionista da equipe. Orientação ao manuseio do aparelho para o teste, a dispensa do material no perfuro cortante, o rodizio para aplicação da insulina e outros.

### 4.3 Avaliação e Monitoramento

Avaliação será feita por um enfermeiro após a atividade de grupo, avaliando o controle glicêmico realizado e registrado pelo paciente, assim como, seus exames laboratoriais e aderência ao tratamento proposto.

### 5. Resultados esperados

Espera-se que após os encontros educativos, os pacientes adquiram maior conhecimentos sobre sua patologia e melhorem a interação com tratamento medicamentoso e vida social. Os efeitos adversos, a melhora dos sinais e sintomas, motivação pessoal, dentre outros. Espera-se um paciente melhor informado com potencial de autocuidado e com hábitos de vida mais saudáveis, proporcionando-lhes a oportunidade de maior participação para as outras ações da comunidade.

### 6. Cronograma

<b>CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO</b>							
<b>ATIVIDADES</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X	
Aprovação do Projeto	X			X	X	X	
Estudo da Literatura		X	X	X	X	X	
Coleta de dados	X	X	X	X	X		
Revisão final de digitação				X		X	X
Entrega do trabalho final							X
Socialização do trabalho			X	X	X	X	X
Discussão e Análises dos Resultados			X	X	X	X	X

## 7. Referências

1. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica - nº 16. Brasília - DF; 2006
2. Atlas do Diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes - 6ª edição <<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/Atlas-IDF-2014.pdf>> 2014.
3. Vidal L, Avaliação do sistema de classificação de risco do pé, proposto pelo grupo de trabalho internacional sobre o pé diabético, hospital da policia militar de minas gerais 2002-2007, Belo Horizonte 2009.
4. RODRIGUES, T.C.; LIMA, M.H.M.; NOZAWA, M.R, et al. *O controle do Diabetes mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP.* Maringá, v. 5, nº 1, p. 41-49, jan./abr. 2006.
5. Assunção MCF, et al. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 35(1): 88-95; 2001.
6. Marini SHV. A Importância dos Controles Domiciliares na Redução de Internações em Portadores de Diabetes Mellitus do Tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol.44 nº3. São Paulo, ISSN 0004-2730; 2000.
7. Ministério da Saúde. Política De Atenção Ao Diabetes No Sus. [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)
8. Santos Pinto CDB, et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saúde Pública*;2009.
9. Francioni FF, Silva DGV, et al. O Processo de Viver Saudável de Pessoas com Diabetes Mellitus.2007.Jan-Mar; 16(1): 105-11.
10. Fernandes; LBS, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123; 2011.
11. Ministério da Saúde. Programa de Dispensação de Insumos para diabetes. [www.portal.saude.gov.br/assistenciafarmaceutica](http://www.portal.saude.gov.br/assistenciafarmaceutica)