



Curso de especialização Saúde da Família

PROJETO DE INTERVENÇÃO

TÍTULO: Promover estilos de vida saudável em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 ,pertencentes a comunidade UBS Jose Carlos Gonçalves, Embu das Artes, São Paulo.

Autor: Dr. Raúl Vera González

Especialista medicina geral integral

Programa Mais Médicos

Orientador: Prof^a Dra. Marília Jesus Batista.

Embu das Artes

São Paulo, 2015.

SUMÁRIO

1. Introdução

1.1 Identificar e apresentar o problema

1.2 Justificar a intervenção

2. Objetivos

2.1 Geral

2.2 Específicos

3. Revisão Bibliográfica

4. Metodologia

4.1 Cenários da intervenção

4.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção Cenários da intervenção

4.3 Estratégias e ações

4.4. Avaliação e Monitoramento

5. Resultados Esperados

6. Cronograma

7. Referências

1. Introdução

1.1 Identificação e apresentação do Problema.

As transformações sofridas pela população mundial, no último século, no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e conseqüente sobrepeso. A união destes fatores ao envelhecimento populacional favoreceu a ocorrência das condições crônicas como a diabetes ⁽¹⁾.

Com isso, estas doenças crônicas passaram a ocupar lugar de destaque entre os problemas de saúde pública, visto que, seus portadores necessitam de um acompanhamento contínuo e cuidadoso, caso contrário, podem evoluir para complicações conseqüentes da doença. Estas últimas são, em sua maioria, graves e geram grande transtorno à sociedade em geral, não apenas pelo ônus financeiro de seu tratamento, mas também pela redução da qualidade de vida e produtividade do indivíduo acometido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reportou em 2013 uma prevalência de 371 milhões de diabéticos em todo mundo ^(2,7)

A prevalência a nível mundial da Diabetes Mellitus (DM) aumentou em grau impressionante durante os dois últimos decênios tanto da Diabetes Mellitus de tipo 1 como da Diabetes Mellitus de tipo 2.

A prevalência de DM de tipo 2 e seu precursora tolerância da glucose alterada em determinadas ilhas do Pacífico, intermediária em países como Índia e Estados Unidos, e relativamente baixa em Rússia e China. É provável que esta variabilidade se deva tanto a fatores genéticos como ambientais. A prevalência da Diabetes Mellitus varia também entre as diferentes populações étnicas dentro de um país. No ano 2000, a prevalência da Diabetes Mellitus em Estados Unidos foi de 10.2% entre os afroestadunidenses, 10.2% entre os hispanoestadunidenses, 15.5% em nativos (ameríndios e esquimales de Alaska) e 7.8% em brancos não hispanos. O início da Diabetes Mellitus tipo 2 ocorre, entre os 40 -59 anos de idade. ^(5,7)

O Brasil já dispõe de alguns resultados de estudos epidemiológicos que permitem demarcar a situação atual do diabetes no país e tentar prever sua evolução. Desde a primeira estimativa de 7,6%, fornecida por um estudo de porte nacional conduzido em 1987, várias outras foram obtidas e, em geral, confirmam prevalências entre 5% e 12%. Os inquéritos VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde, permitem acompanhar anualmente a prevalência do diabetes auto-referido: cresceu significativamente entre 2006 e 2010 ($p < 0,01$), de 4,4% para 5,4%, nos homens, e de 5,9% para 7,0%, em mulheres. ⁽⁸⁾

Não há dúvida que, nesse momento de aumento acelerado da incidência do diabetes tipo 2, na maioria dos países do mundo, com o Brasil incluído, as conseqüências sociais, financeiras e humanas desta “epidemia” dependerão da adaptação dos recursos e da organização dos sistemas de saúde para prevenir e enfrentar as complicações da doença. Ao mesmo tempo, a prevenção do

diabetes, através da luta contra a obesidade e o sedentarismo, tem um papel essencial para preservar o futuro. É importante ressaltar que esta prevenção não pode se restringir a iniciativas por parte dos indivíduos, com apelos para “perder peso”, “comer melhor”, ou “se mexer”, apesar da necessidade indiscutível de promovê-las. Outras ações, de nível coletivo, implicando médicos, sanitaristas, funcionários do poder público, indústrias (dos grandes grupos agroalimentários à indústria do lazer), políticos, etc., fazem-se absolutamente necessárias para conseguir, com alguma esperança de sucesso, frear o desenvolvimento ameaçador das doenças ligadas à nutrição, entre elas o diabetes tipo 2.

1.2 Justificativas da intervenção

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) UBS Jose Carlos Gonçalves foi detectado em atendimento da demanda, altas proporções de Diabetes Mellitus tipo 2, para um total 564 . Por isto decidiu-se fazer um estudo de intervenção buscando Promover estilos de vida saudável na população com Diabetes Mellitus tipo 2, planejar ações necessárias para melhorar a qualidade de vida desta população.

Serão realizadas palestras educativas sobre a Diabetes Mellitus tipo 2, a importância de seu controle e rastreamento, importância da dieta saudável a importância do exercício físico, consequência da obesidade, dislipidemia e o hábito de fumar.

Há proposta das palestras serão duas vezes por semana incluindo uma duração de trinta (30) minutos, em local descrito anteriormente. Conste que serão feitas uma avaliação antes do estudo de intervenção e após das palestras para avaliar a cada paciente de forma individual ao final das palestras intercambiaremos conversas com eles e tiraremos dúvidas.

2. Objetivos

2.1: Objetivo geral

- Promover estilos de vida saudável em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 pertencentes à Comunidade UBS “Jose Carlos Gonçalves”.

2.2 Objetivos específicos

- Dispor de uma fonte de dados que permita obter informação sobre os doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 na população atendida na UBS “Jose Carlos Gonçalves”.
- Verificar se as ações de promoção de saúde são efetivas na melhoria da qualidade de vida de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

3. Revisão Bibliográfica

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. ^(10,11)

Há duas formas atuais para classificar o diabetes, a classificação em tipos de diabetes (etiológica), definidos de acordo com defeitos ou processos específicos, 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)

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, 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. ^(10,11,12)

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

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. ^(11,13)

A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por auto anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças autoimunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático).

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, (LADA, latent autoimunedabetesin adultos; doença autoimune latente

em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.^(10,11)

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. 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.

Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.^(10,11,12)

Diabetes gestacional

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída. Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.^(12,13)

4. Metodologia

Para a realização desta investigação primeiramente foi feita uma pesquisa bibliográfica de artigos indexados, publicados nos últimos cinco anos. Optou-se pelo levantamento bibliográfico a fim de recuperar o conhecimento científico acumulado sobre o problema. Foram analisados artigos nacionais e internacionais. A pesquisa bibliográfica é uma fonte única de informações que contribui com o conhecimento sobre um determinado assunto. Utilizaram-se para isso as seguintes palavras chaves: Diabetes mellitus; Epidemiologia; Fator de Risco; Tratamento.

4.1 Cenários da intervenção

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS Jose Carlos Gonçalves, localizada Rua Augusto de Almeida Batista, 350 Jardim São Marços, São Paulo.

4.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2e preferencialmente de recente início da doença.

4.3 Estratégias e ações

Para o desenvolvimento da intervenção, inicialmente será realizada uma entrevista individual com todos os pacientes diabéticos escolhidos da equipe para obter dados sócio demográficos e de saúde, como : nome, sexo, idade, escolaridade, onde mora, há quanto tempo é portador de diabetes , quais são os medicamentos que consume, se trabalha, se recebe algum auxílio, etc.

A técnica da entrevista será utilizada porque a maioria de nossos pacientes tem baixa escolaridade e alguns são analfabetos, por isso aplicar um questionário não seria factível, ademais por meio da entrevista é possível obter mais informações dos pacientes estudados.

Ao início do trabalho realizasse-se uma glicemia jejum a começo. O critério de controle metabólico se baseou nas cifras de Glicemia (jejum) (mmol/l); <6,1 Bueno, de 6,1 – 7 regular y >7 malo. criará dois grupos para fazer melhor a distribuição de as atividades de práticas complementarias (palestras) tenderá apoio com técnicas de enfermagem.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Monitorar e avaliar desde o início o conhecimento da Diabetes Mellitus tipo 2, antes da intervenção e ao final das palestras.

5. Resultados esperados

Com este trabalho espera-se contribuir para promover e proteger a saúde dos usuários com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na UBS e para diminuição dos fatores de riscos e desta maneira, das complicações da diabetes mellitus. Além disso, espera-se contribuir para reduzir o uso excessivo de medicamentos e melhorar o seguimento e a avaliação dos diabéticos.

7. Referencias Bibliográficas

1. Maraver Gomez S. Guia Pratica de Saúde Bairro Adentro I em Caracas. Ministério de Saúde da República Bolivariana de Venezuela. 2006. Venezuela.
2. Rubinsteim A. Atenção Primária: Conceitos, Organização e Prática. Espanha. 2007.
3. Coletivo Internista. Revista Espanhola. Diabetes Mellitus. Volume II Espanha. 2010.
4. Roca R. Temas de Medicina Interna. Volumem1 IV Edição. Cuba. 2005
5. Harrison, Mc Graw Hill. Princípios de Medicina Interna 16ª edição Capítulo 230. 2008 Espanha.
6. Alvarez Sintes, R. Medicina Geral Integral II. Edição. Cuba 2008.
7. Atlas da Diabetes da FID 6 edição. 2013.
8. Diabetes Mellitus tipo 2 um Cenário Preocupante D. SS BRASIL.2013.
9. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes–2006. Diabetes Care 2006 29 (Suppl 1): S4-42.
10. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 29 (Suppl1) S-43- S48, 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001: p104.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: p 236.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: p 108.