

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS NOS
PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE, DA EQUIPE ESF II DA
UBS ALEXANDRE GATOLLINI NO BAIRRO POPULAR.**

Dra. ADELKYS FELIPE FIGUEROA

ORIENTADOR: ANDRÉ LUIZ BIGAL.

AGUAS DE LINDÓIA, MAIO DE 2015.

SUMÁRIO

1. Introdução

2. Objetivos

2.1 Geral

2.2 Específicos

3. Metodologia

4. Resultados Esperados

5. Cronograma

6. Referências

1 - INTRODUÇÃO.

O Diabetes Mellitus é antiga como a humanidade, demonstrado nos escritos de Demetrio de Apomea no século III a.n.e, e o papiro de Ebers, 1550 anos a.n.e, no Império dos Faraós, nos quais se descreve os sintomas da doença e seu tratamento. Areteo de Capadócia (século II) foi o primeiro que utilizou o nome de diabetes, que significa literalmente “passar através de”. Mais adiante, Tomás Willis incluiu a palavra mellitus, que significa mel. (6)

O Diabetes Mellitus é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, acompanhada de distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. O termo engloba um grupo heterogêneo de doenças, com diferentes causas e manifestações clínicas que resultam de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. (8)

Existem sintomas característicos do estado hiperglicêmico e levantam imediatamente a suspeita de diabetes, são eles: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora presentes nos diabetes tipo 1 e 2, são mais agudos no diabetes tipo 1. Sintomas mais vagos também podem estar presentes como: prurido, visão turva e fadiga. No diabetes tipo 2, o início é insidioso e frequentemente a suspeita é feita pela presença de uma complicação tardia da doença, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença aterosclerótica ou então por infecção importante ou de repetição. (1,5)

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. (1)

É uma doença (ou síndrome) comum e de incidência crescente. Estima-se que em 1995 atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançara o índice de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se nesses países o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45 a 64 anos. No Brasil observamos um aumento contínuo das taxas populacionais desde a época do Censo: 4,1% em 1987; 5,5% em 2006 e 6,9% em 2013, último levantamento do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas) (4,7).

Estima-se que cerca de 50% dos casos de diabetes tipo 2 permanecem não diagnosticados, por serem relativamente assintomáticos. Nesses casos, a suspeita pode ser levantada pela presença de fatores de risco para o diabetes, que são: idade maior de 45 anos, sobrepeso ou obesidade, história familiar de diabetes, história de

glicemia, teste de tolerância a glicose alterado, história de diabetes gestacional, ou recém-nascidos com mais de 4 kg, hipertensão arterial, dislipidemias, síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular, sedentarismo ou uso crônico de medicamentos diabetogênicos. (1,4)

A classificação atual para o diabetes, proposta pela OMS, abrange tipos etiológicos e estágios clínicos no desenvolvimento da hiperglicemia. Etiologicamente, foram definidos o diabetes tipo 1, o diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes (defeitos genéticos, pancreopatias, endocrinopatias, por infecções, fármacos ou químicos), e o diabetes gestacional. O diabetes tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo diabetes tipo 1. Os estágios clínicos do diabetes vão desde a normoglicemia até a hiperglicemia, este último estágio compreendendo estados hiperglicêmicos não diabéticos (tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada) e estágios diabéticos (não insulino dependente, insulino dependente para controle e insulino dependente para sobrevivência).(1,4)

O diagnóstico de diabetes baseia-se no grau de hiperglicemia alcançado. Há três tipos de exames que podem ser usados: a glicemia casual, a glicemia de jejum e o teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas. (5)

Os efeitos agudos são: hipoglicemia, cetoacidoses diabética, coma hiperosmolar, acidoses láctica. Os efeitos crônicos incluem dano na microcirculação, disfunção ou falência de órgãos, especialmente rins, retina, cérebro, coração e vasos sanguíneos, além de alteração do sistema nervoso periférico e autônomo. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. (1,4) Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros, mortalidade materna ou fetal, retardo do crescimento intrauterino, macrossomia fetal, malformações e abortos. (2,7).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que no mesmo período de 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, de 10 a 20% neuropatia, e de 10 a 25% doença cardiovascular. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas a diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações. (4)

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e

da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias e amigos. O diabetes representa também carga adicional a sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. A expectativa de vida é reduzida em média de 15 anos para o diabetes tipo 1 e de 5 a 7 anos na do tipo 2.(1,4)

A prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica ela pode ser efetuada por meio da prevenção dos fatores de risco para diabetes como: sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis, na identificação de indivíduos de alto risco para o diabetes (prevenção primária), na identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) e do tratamento de indivíduos já acometidos com diabetes visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).(1,5)

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para quanto a auxiliar o a alterar seu estilo de vida, que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos ele poderá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de diabetes.

Na área de saúde da ESFII, a equipe atende um total de 2.796 pessoas, das sendo 132 pacientes diabéticos (4,7% da população), corroborando as estatísticas gerais do país. A maioria deles apresentou ou apresentam atualmente alguma complicação. É por isso que se faz de notável importância a realização deste projeto visando diminuir a alta mortalidade nos pacientes diabéticos geralmente devido às complicações. Para isto planejou-se um plano de intervenção global com os profissionais de saúde, pacientes, familiares e comunidade.

2 – OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Evitar as complicações nos pacientes diabéticos da ESF II, UBS Alexandre Gatolline, no Bairro Popular do Município Aguas de Lindóia/SP.

2.2 Objetivos específicos

- Capacitar mediante curso interativo os profissionais de saúde da ESF II da UBS Alexandre Gatolline.
- Realizar ações educativas com os pacientes diabéticos e seus familiares.
- Estabelecer novas estratégias de atenção, manejo e seguimento do paciente diabético.

3 – METODOLOGIA

❖ SUJEITOS DE INTERVENÇÃO

Os profissionais diretamente envolvidos no projeto de intervenção são: Médico Clínico Geral, Enfermeiras, Assistente Social, Agentes Comunitários de Saúde.

Outros profissionais participaram das atividades. São eles: Psicólogo, Nutricionista, Odontologista, Médico Vascular, Médico Oftalmologista.

O público envolvido no projeto é composto por pacientes diabéticos e seus familiares. O critério para participar é ser assistido pela ESF II da UBS Alexandre Gatolline no Bairro Popular do Município de Águas de Lindoia/SP.

❖ CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O projeto acontecerá na UBS Alexandre Gatolline. Será implementado durante as consultas médicas e as atividades acontecerão no salão de reuniões, e nos domicílios dos pacientes.

❖ ESTRATÉGIAS

- Inicialmente será realizada uma capacitação com os trabalhadores da equipe ESF II na UBS Alexandre Gatolline. Esta ação será única e durará de 30 a 45 minutos. Serão abordados os aspectos gerais da doença: conceito, classificação, etiologia, fatores de risco, epidemiologia a nível mundial e em nossa equipe, formas de prevenção, conduta e modalidades de tratamento, pronto atendimento nas intercorrências.

A capacitação será aplicada pelo médico clínico geral da ESF II, no salão de reuniões da unidade.

- Serão realizadas palestras com 12 grupos de aproximadamente 20 pessoas. Estes grupos serão formados pelos pacientes diabéticos da ESF II. Cada um deles virá acompanhado de um familiar, exceto aqueles pacientes restritos ao lar. As palestras acontecerão semanalmente, toda quinta-feira, às 15 horas, no salão de reuniões da ESF II.

A cada reunião um novo grupo de participantes serão convocados previamente por Agentes de Comunitários de Saúde. Cada encontro terá a duração de 30 minutos e será ministrado pelo médico clínico geral, com o apoio de uma enfermeira, um Agente Comunitário de Saúde, e um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) convidado.

Serão abordados temas como: o que é a diabetes, quantos tipos existem, quais as causas e fatores de risco, os sintomas e sinais de alarme, como se pode cuidar, monitoração e tratamento, dieta, atividade física, controle do peso corporal.

Será realizada uma dinâmica que demonstra como fazer o auto monitoramento de glicemia capilar, frequência adequada e manejo do aparelho, o autoexame de pele, autoexame bucal, técnica para insulino terapia e curativos.

- A frequência das visitas domiciliares para os pacientes diabéticos será aumentada para aproximadamente a cada 2 meses, com ênfase naqueles pacientes com complicações e com dificuldade para locomoção à unidade de saúde. Nestes, durante a visita será exposto o conteúdo das palestras realizadas na unidade.
- Serão desenvolvidos 4 grupos de atividade física planejada de forma regular. A proposta será a realização de caminhadas. Os grupos serão formados por aproximadamente 20 pacientes diabéticos. Dois grupos acontecerão no horário da manhã, e dois grupos no horário da tarde. Haverá prévia avaliação médica verificando se não existe contra indicação para a atividade. A caminhada será feita nas ruas menos transitadas do bairro Popular, com a duração de 30 minutos, e frequência de 3 vezes por semana. Esta atividade será coordenada pelos Agentes Comunitários de Saúde.
- Serão aferidas as medidas de glicemia capilar, temperatura axilar, pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal de cada paciente diabético que procure a unidade de saúde para consultas ou outro procedimento. Isto também será realizado nas visitas domiciliares.
- Serão solicitados exames periódicos aos pacientes diabéticos que incluem: glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose, Hemoglobina glicada, colesterol, triglicérides, creatinina, uréia, ácido úrico, TGP, TGO, urina I, microalbuminúria, TSH, T4, Eletrocardiograma e Raio X de tórax, com frequência entre 6 meses e 1 ano.
- Cada paciente diabético receberá atenção especializada, além dos controles da patologia com os seguintes profissionais: Médico vascular, Médico Oftalmologista, Odontologista e Nutricionista, com frequência anual.

- Serão disponibilizados aparelhos glicosímetros para monitoramento periódico aos pacientes insulino dependentes e para aqueles que não são insulino dependentes, mas com tendência a descompensação.
- Nas consultas médicas será feita a anamnese ampliada e exame físico exaustivo buscando sinais de descompensação, avaliando posteriormente o tratamento do paciente, e oferecendo orientações para fixar a data do retorno, para manter o controle.

❖ AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A avaliação do projeto será feita através de:

- No momento final de cada palestra serão feitas perguntas de controle e esclarecimento de dúvidas aos participantes.
- Em cada reunião de equipe feita semanalmente será abordado o tema entre todos os integrantes, para avaliar os resultados e buscar novas alternativas ou como melhorar o resultado alcançado.
- Em cada consulta médica e visitas domiciliares serão avaliados os resultados com os pacientes.

4 – RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar a expectativa de vida no paciente diabético.
- Melhorar a qualidade de vida do paciente diabético e seus familiares.
- Esclarecer a comunidade através de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças crônicas secundárias, orientando-a sobre medidas de prevenção.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças no estilo de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente auxiliando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física hábitos em geral.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua (grupos de caminhada, técnicas de autocuidado), entre outros.
- Detecção precoce da presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta médica.
- Ter melhor controle dos níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos diabéticos.
- Melhorar o cuidado e fazer um uso racional dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) por parte de pacientes e familiares.
- Melhorar o nível de informação dos pacientes e familiares sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- Melhorar a capacitação dos trabalhadores da unidade de saúde em relação ao Diabetes Mellitus.

5 – CRONOGRAMA

Atividades	Jan/2015	Fev/2015	Mar/2015	Abr/2015	Mai/2015
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto				X	
Coleta de dados					X
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X
Discussão					X
Revisão Final e Digitação				X	
Socialização do trabalho					X

6 – REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. n.16, Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.
2. Consenso latino-americano de Diabetes y Embarazo. Consensos ALAD. La Habana, Cuba, 2007. Disponível em: <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/DIABETES%20Y%20EMBARAZO.pdf> Acesso em: 15 de fevereiro 2015.
3. Guía asistencial de Diabetes Mellitus y embarazo. 3ª edición. Vol 22. Núm 1, 2006. Disponível em <http://www.sediabetes.org/resources/revista/00011077archivoarticulo.pdf>. Acesso em: 19 de fevereiro 2015.
4. Medicina ambulatorial: Conduitas de atenção primária baseadas em evidências. Bruce B Duncan. Porto Alegre: Artmed, 2006.
5. Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; 2ed pról. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2008.
6. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. Colectivo de autores; rev. Miguel Matarama Peñate. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2005.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/vigitel-ms-relata-novos-dados-epidemiologicos-sobre-diabetes-e-monta-serie-historica> Acesso em: 15 de fevereiro 2015.
8. Temas de Medicina Interna. Colectivo de autores; rev. Reinaldo Roca Goderich. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2002.