



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Projeto de Intervenção

Título: AVALIAÇÃO E MODIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DAS
COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS PELA MÁ ADESÃO AO
TRATAMENTO.

Aluno: Dayron Morales Ramos

Nome do Orientador: Prof. Dra. Rosimeyre Correia Costas.

São Paulo-SP

Maio/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. Metodologia

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....

3.2 Cenários da intervenção.....

3.3 Estratégias e ações.....

3.4. Avaliação e Monitoramento.....

4. Resultados Esperados.....

5. Cronograma.....

6. Referências.....

1. Introdução

A Diabetes Mellitus está presente em todos os países, e sem programas eficazes de prevenção e controle, e seguirá crescendo em todo o planeta. Calcula-se que ao redor de 366 milhões de pessoas de todo o mundo, o 8,3% dos adultos adoeceram por diabetes nos 2011. 80% moram em países de ingressos meios y baixos. Se estas tendências continuam, para o 2030, ao redor de 552 milhões de pessoas, um adulto de cada 10, terão diabetes. A diabetes tipo 2 representa ao redor do 85 al 95% do total dos casos de diabetes em países de ingressos altos e poderia ser responsável de uma porcentagem maior em países de ingresso meios y baixos. A diabetes tipo 2 e hoje, um problema sanitário mundial frequente e grave, o qual, na maioria dos países, desenvolve-se em paralelo as rápidas mudanças culturais e sociais, o envelhecimento da população, o aumento da urbanização, as mudanças da dieta, a redução da atividade física e outros comportamentos pouco saudáveis. A diabetes tipo 1, é menos frequente que a diabetes tipo 2, incrementando-se cada ano, tanto nos países ricos como nos pobres¹.

A Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico originado da incapacidade das células de incorporar glicose. De forma secundária, pode estar afetados o metabolismo de gorduras e proteínas. Este distúrbio é produzido por um déficit absoluto ou relativo de insulina. Suas principais características são aumentos da glicose sanguínea (glicemia), poliúria, polidipsia (aumento da ingestão de líquidos) e polifagia (aumento da fome). Existem dois tipos principais da doença. O diabetes tipo 1¹⁰ (DM1) e o tipo 2 (DM2).⁵ O DM1 é o tipo de Diabetes² predominante na infância e na adolescência, a idade em que ela se inicia geralmente é de 10 aos 14 anos^{21.1}

A OMS estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, ou seja, cerca de 2% dos indivíduos acometidos pela Diabetes Mellitus estarão cegos, 10% terão deficiência visual grave e que 30% a 45% terão algum grau de retinopatia. 10% a 20% desenvolverão nefropatia, 20% a 35% de neuropatia e 10% a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Esses são dados relevantes a se indagar sobre os problemas causados pela Diabetes Mellitus, são essas as principais complicações causadas pela doença que se desenvolvem quando a diabetes não é tratada ou quando não é diagnosticada precocemente. Acrescenta-se ainda que pacientes diabéticos também apresentam maiores incidências de catarata, impotência sexual, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio³.

A Diabetes Mellitus e suas complicações são problemas de relevância para a população mundial, e no Brasil não é diferente, o número de diabéticos aqui é assustador, já existem 13 milhões de pessoas, sendo necessárias intervenções através de políticas públicas em saúde, criando estratégias de promoção e prevenção; dentre elas a crônica é considerada a sua causa principal. Esta consideração é evidentemente rastreamento e o diagnóstico precoce da Diabetes

Mellitus. Afirmam se que existem diversas hipóteses para o desenvolvimento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus, no entanto a hiperglicemia importante, mas a causa base ainda está nos fatores que levam à Diabetes Mellitus, preferencialmente ao tipo 2, que é o que mais acomete pessoas.

Justificativa;

O número de pacientes portadores de Diabete Mellitus de nossa ESF é muito alto, diagnosticando se mais de 3 pacientes mensalmente na minha área de abrangência, incrementando a incidência e prevalência de esta doença. Mas, desafortunadamente muitos pacientes com riscos de padecer Diabetes Mellitus procuram o posto por ter algum sintoma sugestivo da doença e já não podemos fazer nada para prevenir lha, ou em outros casos, os pacientes já portadores de Diabete Mellitus nos procuram quando já encontram se sofrendo alguma complicação, muito frequente as úlceras em membros inferiores. Por tudo o antes exposto é que fui motivado para fazer este estudo de intervenção.

OBJETIVOS

Geral:

1. Elevar o nível de conhecimento das pessoas com Diabetes Mellitus em acompanhamento na ESF Novo Horizonte, do município Jundiaí SP, sobre os riscos e complicações da doença pela não adesão ao tratamento.

Específicos:

1. Identificar os pacientes portadores de diabetes Mellitus, com maior risco de padecer complicações pela não adesão ao tratamento.
2. Realizar ciclos de palestras na UBS com os pacientes portadores de diabetes Mellitus para elevar o nível de conhecimento da doença, uso correto da medicação e assim evitar as temidas complicações.
3. Explicar os riscos de padecer as complicações, principalmente em pacientes jovens.
4. Promover educação em saúde na população da área.

3 – METODOLOGIA

3.1 Cenários da intervenção

O presente projeto de intervenção será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Novo Horizonte pertencente ao município de Jundiá localizado na região São Paulo.

3.2 Sujeitos da intervenção

Serão envolvidos na pesquisa o universo de pacientes cadastrados como diabéticos do bairro varjão I, divididos em amostras de 20 integrantes com uma frequência trimestral até culminar o 100 % dos pacientes

Critérios de inclusão:

- Pacientes com Índice de glicemias em jejum superior a 126 cadastrados como diabéticos
- Pacientes que concordam em participar do estudo.

Critérios de exclusão.

- Ter alguma incapacidade física ou mental que a impeça de participar do estudo
- Pacientes que se recusaram a participar das atividades educativas

Participaram a equipe de saúde, integrado por um médico geral integral, enfermagem, nutricionista, agente de saúde e liderem formais e informais da comunidade.

3.3 Estratégias e ações

O projeto será dividido em 3 etapas

1ª Etapa: Apresentação, com uma duração de 2 semanas

Na primeira semana será realizado:

-Visita domiciliar nos pacientes cadastrados sujeitos da intervenção por parte dos agentes comunitários de saúde para entregar os convites ao premer encontro

-Premer encontro de apresentação do projeto, para explicar as características da intervenção educativa, garantindo um clima adequado

-1ª consulta médica para avaliação individual dos pacientes e classificação dos tipos de diabetes

- Entrevista individual para definir riscos, Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição,), doenças acompanhantes, estilo de vida, histórico familiar de doenças crônicas, Medicamentos em uso
- Exame físico completo, Triagem: Peso, altura, IMC, circunferência abdominal, Pressão Arterial, pulso arterial, auscultação cardiopulmonar, presença de sinais de complicações, exame neurálgico para descartar transtorno da sensibilidade (neuropatia diabética)
- Solicitação de exames complementares (Hemograma, Perfil Lipídico, Perfil Glicêmico, Química sanguínea, Urina, Eletrocardiograma, Raio X de Tórax e Ultrassonografia de abdome, fundoscopia de olho

Na segunda semana será realizado:

-Segunda consulta médica de conjunto com nutricionista, enfermagem para avaliação dos resultados de exames e estabelecer o padrão alimentar e de exercícios individualmente para cada paciente e estabelecer as metas a cumprir no prazo de 3 meses:

- Controle das cifras de Glicemia em jejum (inferior a 110 mg/dl) e glicemia após 2 horas (inferior a 140 mg/dl)
- Controle das cifras de HbA1c (inferior a 7%)
- Controle das cifras de Triglicéridos (inferior a 150 mg/dl)
- Controle das cifras de LDL colesterol (inferior a 130 mg/dl) e HDL colesterol (superior a 40 mg/dl)
- Controle do peso corporal com IMC inferior a 30

-Visita domiciliar por parte dos agentes comunitários para avaliação das condições de vida e fatores de risco sócias e ambientais.

2ª Etapa: Consolidação, com uma duração de 10 semanas

Nesta etapa serão realizadas atividades de educação e promoção de saúde, discussões educativas e audiências sanitárias na sala da unidade de saúde com uma frequência quinzenal alternado com consultas de enfermagem para avaliação das glicemias e peso corporal

As consultas de enfermagem serão realizadas na sexta, optava e decima semanas conjuntamente com o médico para avaliar adesão ao projeto e ao tratamento

3ª Etapa: Culminação, com uma duração de 1 semana

-Consulta Médica para avaliação dos resultados individuais de cada paciente.

Os temas a abordar nestas atividades de promoção serão:

Nº	Tema	Técnica participativa	Duração	Momento
1	Apresentação da equipe e da intervenção educativa	Palestra educativa	1 hora	1ª semana
2	A diabetes como problema de saúde e adesão ao tratamento	Palestra educativa Aula debate	1 hora	3ª semana
3	Regras de uma Alimentação saudável	Palestra educativo Elaboração do cardápio	1 hora	5ª semana
4	Benefícios do exercício físico para controle da diabetes	Palestra educativa Demonstração de exercícios	1 hora	7ª semana
5	Risco cardiovascular, renal entre outros dos pacientes sem uma adesão correta ao tratamento tanto farmacológico como não farmacológico	Palestra educativa Chuva de ideias.	1 hora	9ª semana

3.4. Avaliação e Monitoramento

O projeto será avaliado a través de reuniões de equipe, uma vez por semana, com a participação de todos os membros da equipe, para que os mesmos possam se apropriar de conhecimentos teóricos sobre a diabetes mellitus e as estratégias de prevenção e assistência, bem como compartilhar experiências sobre o tema.

Fazer reuniões mensalmente para discutir a realização das atividades de acordo com o cronograma, os resultados das ações realizadas e propor outras novas ações.

4 – RESULTADOS ESPERADOS

Ao culminar este projeto espera-se os seguintes resultados:

- Garantir melhor qualidade de vida dos pacientes diabéticos, melhor adesão ao tratamento clínico
- Lograr estilos de vida e hábitos saudáveis, com diminuição nos fatores de risco cardiovascular e renal por uma má adesão ao tratamento farmacológico
- Evitar as sequelas físicas, motoras ou psíquicas secundárias a complicações cardiovasculares sistêmicas como AVC, cardiopatias, retinopatias ou nefropatias diabéticas
- Diminuir a demanda espontânea por urgências nas unidades de pronto atendimento por descompensação da diabetes por uma má adesão ao tratamento farmacológico

5 – CRONOGRAMA

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

Referencias:

1. Diabetes / Internacional Diabetes Federation. [Revisado 20/02/2015]. Disponível em: <http://www.idf.org>.
2. Diabete Mellitus. [Revisado 20/02/2015]. Disponível em: <http://www.abc.med.br>
3. Diabete Mellitus e as suas complicações. [Revisado 20/02/2015]. Disponível em: [dm e suas complicações.br.monografias.com](http://dm.e.suas.complicacoes.br.monografias.com)
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Statistics. Geneva: World Health Organization, 2012.
6. PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/aracoiaba-da-serra_sp. Acesso em: 12 fev. 2015.
7. World Health Organization, Public Health Agency of Canada. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. Erickson JR, Perira L, Wang L, Han G, Ferguson A e outros . Diabetic hyperglycaemia and arritmia. Nature Artigo em Inglês oct 17 do 2013.
9. Crane PK, Walker R, Hubbard RA, Nathan DM e outros. Glucose levels and risk of dementia. N Engl J Med; 369 (6): 540-8 ,2013 Aug 8.
10. Rejeski WJ, Ip EH, Bertoni AG , Bray GA , Evans G e outros. Lifestyle change and mobility in obese adults with type 2 diabetes. N Engl J Med 2012 Mar 29.



