

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Projeto doce vida: Melhorando a qualidade do cuidado aos pacientes portadores de diabetes mellitus na UBS Vila Mayor.

Aluno: Julio Enrique Hernandez Caraballos
Orientadora: Dra. Samantha Mucci

SÃO JOSE DO RIO PRETO
ANO 2015

Sumário:

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Introdução | 2 |
| 2. Objetivos | 6 |
| 2.1 Geral | 6 |
| 2.2 Específicos | 6 |
| 4. Metodologia | 10 |
| 5. Cronograma | 11 |
| 6. Recursos humanos e materiais | 12 |
| 7. Resultados Esperados | 13 |

1. Introdução

Diabetes Mellitus configura-se hoje como 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 (Ministério da Saúde, 2006).

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

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.

Prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas

que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011).

O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

Os países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM aparece entre as principais causas, entre a quarta e a oitava posição (SCHMIDT et al., 2011). No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguido por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2011).

Importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos seus portadores, por meio do Disability Adjusted Life of Years (DALY), anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, verifica-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL, 2010).

Atualmente a patologia constitui uns dos problemas de saúde mais importantes que se afrontam, devido fundamentalmente a suas complicações, as quais são muito temidas pelas sequelas que deixa como as retinopatias, nefropatias, neuropatias e vasculopatias, sendo esta última das mais frequentes e perigosas porque ameaça seriamente as extremidades e a vida do paciente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (ROSA, 2008; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá/MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009) descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária.

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao 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, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável.

A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna.

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

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, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o Diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade (Caderno de Atenção Básica. Ministério de Saúde 2006).

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e

permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas.

O município de São Jose do Rio Preto propôs para as UBS um protocolo mínimo chamado Doce é a vida, com fluxos e agendamentos de consultas seguindo critérios de risco pactuados. Constitui o problema deste projeto de intervenção a questão: Como melhorar a qualidade do atendimento dos portadores de Diabetes Mellitus na UBS Vila Mayor. A atual situação de desconhecimento real do problema, o número de pacientes diabéticos por ESF, o número de pacientes sem tratamento ou acompanhamento e as condições clinicas dos mesmos estabelecem um cenário para a execução desta proposta, já que pode fornecer informações importantes para a pratica e planejamento das equipes de saúde.

2. Objetivos:

2.1: Objetivo geral:

Melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellito na UBS Vila Mayor.

2.2: Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar o quantitativo de pacientes que necessitam de atenção médica.
- ✓ Classificar tipo de Diabetes em cada paciente identificado.
- ✓ Realizar avaliação de todos os pacientes identificados.
- ✓ Incentivar a participação em atividades individuais e coletivas que ajudem ao melhoramento da saúde dos pacientes com Diabetes Mellito.
- ✓ Criar grupos de atenção priorizada segundo classificação de riscos.
- ✓ Realizar acompanhamento de pacientes portadores de diabetes segundo normas desenhadas no município.
- ✓ Monitorar e avaliar pacientes com complicações.
- ✓ Encaminhar os pacientes para grupos de atividade física

3. Método:

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da pratica na atenção básica numa UBS do município são Jose do rio Preto. SP.

São José do Rio Preto é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo. Pertencente à mesorregião e microrregião de mesmo nome, localiza-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 454 km.2 Ocupa uma área de 431,963 km²,3 sendo que 119,48 km²8 estão em perímetro urbano. A população estimada para 2014, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é de 438 354 habitantes,4 sendo então o décimo primeiro mais populoso de São Paulo e o 52º do país.

Emancipada de Jaboticabal na década de 1850, o nome do município é uma mistura entre o padroeiro, São José, e o Rio Preto, rio que banha o município. Hoje, é formada pelos distritos de Engenheiro Schmitt, São José do Rio Preto (Distrito-Sede) e Talhado, e subdivide-se em cerca de 360 bairros, loteamentos e residenciais.9 É um dos principais polos industriais, culturais e de serviços do interior de São Paulo. Sua história econômica esteve por muito

tempo ligada à cafeicultura, também presente em grande parte do estado de São Paulo, principalmente no início do século XX. Segundo pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, publicada na revista Você S.A., São José do Rio Preto é a 18ª colocada no ranking das cidades brasileiras mais promissoras para se construir uma carreira profissional.¹⁰

O município conta ainda com uma importante tradição cultural, que vai desde o seu artesanato até o teatro, a música e o esporte. Seus principais e mais tradicionais clubes de futebol são o América Futebol Clube e o Rio Preto Esporte Clube, fundados, respectivamente, em janeiro de 1946 e abril de 1919.^{11 12} Existem ainda o Arquivo Público Municipal, o Estádio Anísio Haddad, o Estádio Benedito Teixeira, a Biblioteca Pública Municipal Dr. Fernando Costa e o Teatro Municipal Humberto Sinibaldi Neto.

O município insere-se administrativamente na DRS XV, é o maior centro de referência regional para os 102 municípios que compõem a DRS XV com 1 480 128 habitantes (IBGE 2009). Pertence ao colegiado de Gestão Regional Rio Preto, composto por 20 municípios e 662 125 habitantes (IBGE 2009), contando com 63,67% da população total dos municípios pertencentes ao colegiado.

É referência, juntamente com o Hospital Universitário sob gestão estadual em assistência de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar.

Em 2005 com a portaria 36/05 foram propostas ações para a reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde, sendo a descentralização dos processos de planejamento e a proposta do pacto pela vida, passos importantes do novo modelo de saúde. Assim a Atenção Básica no município é constituída por 26 Unidades Básicas, sendo 14 UBS tradicionais e 12 UBSF qualificadas na estratégia de saúde da família, as mesmas estão distribuídas em 5 Distritos de Saúde (Sec. Saúde SJRP 2010).

Nossa UBS faz parte do distrito V, na zona norte da cidade, atualmente conta com 3 ESF e 1 ESB, serviços de Pediatria, GO, Enfermagem, Odontologia, Clínica Geral, Coleta de Sangue para exames de laboratório.

Em 2012 atendia uma população de 14779 habitantes segundo IBGE e Datasus, mas na atualidade a população é muito maior pela construção de novos bairros residenciais.

No território de abrangência ocupa zonas urbanas, predominando a população adulta (maior de 19 anos) que representa 74,13%. Existe uma prevalência elevada de DCNT, destacando-se a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O método constitui-se na execução das orientações vigentes no caderno de atenção básica e nos protocolos municipais de atenção ao paciente diabético, no sentido de implementar ou desenvolver ações que garantem o melhoramento do atendimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus na UBS Vila Mayor.

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, de metodologia e resultado esperados. Deve-se organizar com coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da programação de atividades com os pacientes diabéticos. Com aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis.

O segundo momento será aquele em que a equipe de saúde organiza os materiais, fara o levantamento dos recursos necessários para plena execução

do projeto. Neste momento, será solicitado a gestão regional a plena disponibilização de materiais de apoio com cadernos de atenção básica, assim como as fichas de acompanhamento. Após ter todos os materiais disponíveis, sugere-se que equipe tenha um momento coletivo (reunião de equipe) para discussão dos instrumentos para implementação das atividades. Neste espaço dúvidas devem ser compartilhadas, pactos entre a equipe devem ser selados, a fim de que execução da atividade possa ser facilitada.

O terceiro momento é composta pela identificação de pacientes elegíveis, segundo os critérios do caderno de atenção básica, conforme os itens: usuários que possuam problemas de saúde controlados e ou compensados.

O quarto momento compõe-se do adequado registro de informações para a equipe de saúde, assim como do registro no prontuário domiciliar.

O quinto momento vincula-se ao processo de acompanhamento e avaliação da atenção prestada aos pacientes da área da UBS Vila Mayor. Pode ser desenvolvida pesquisa de satisfação com usuários, de modo a construir um processo participativo e que considere as dimensões subjetivas do cuidado, sendo importante destacar que essas pesquisas devam levar em conta o contexto socioeconômico e cultural da comunidade como critério de validade mais aproximado possível da realidade estudada.

O sexto momento, mas que permeia todo o processo de implementação de levantamento de indicadores de processo e de resultados

Sugere-se que momentos avaliativos entre os membros de equipe possam ocorrer ao longo do processo de implementação das atividades de atenção.

5. Cronograma:

| Ações | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Apresentação da proposta a equipe de saúde | X | | | | | | |
| Organizar materiais para as atividades educativas e de atendimento | X | | | | | | |
| Organizar critérios de inclusão e exclusão | | X | | | | | |
| Realizar o levantamento de pacientes em conjunto com ACS | | X | X | X | X | X | X |
| Realizar classificação da | | X | X | X | X | X | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| doença Realizar acompanhamen to | | X | X | X | X |
| Registrar e monitorar indicadores | X | X | X | X | X |
| Avaliar processo em reuniões de equipe | X | | | X | |
| Avaliar processo com pacientes | | | | X | X |

6. Recursos Humanos e materiais:

Recursos humanos:

Equipe de saúde da família composta por agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentista, auxiliar de saúde bucal, e técnico de saúde bucal

Recursos materiais:

- Cadernos de Atenção Básica
- Computadores
- Fichas de acompanhamento de domiciliar
- Folha A4
- Impressora

7. Resultados Esperados:

Com o processo de implementação das ações para melhorar a qualidade da atenção aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus espera-se conhecer o número de pacientes diabéticos que necessitem de atendimento, assim como o perfil destas pessoas e das suas demandas.

A temática sendo pautada na agenda de prioridade de equipe de saúde vai permitir que o plano de cuidados e ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo para pequenas mudanças na lógica de cuidado, até então centradas no profissional médico. Isso pode gerar duas situações importantes: a liberação de consultas desnecessárias para este grupo de pacientes, à medida que fortalece outras formas de cuidados e a ressignificação do trabalho de equipe, como é o caso da equipe de enfermagem que ao se qualificar, amplia seu cardápio de ações.

No que se refere ao acompanhamento, a organização e sistematização da atenção poderá diminuir os chamados por demanda espontânea,

assegurado aos paciente, cuidadores e familiares uma referência, acompanhamento, acesso a informação e orientações em saúde. Finalmente, trazer o monitoramento e a avaliação para o processo decisório da equipe de saúde, cuja ação parte de conhecimento e análise da situação de saúde, pode contribuir para que outros processos de gestão da clínica aconteçam com a equipe de saúde.

8. Referencias:

IBGE, 2009

www.ibge.gov.br/home/estatisticas/economia,2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).

ALFRADIQUE, Maria Elmira 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). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>.

Painel de Monitoramento 2013. Secretaria de Saúde São Jose do Rio Preto.

Cadernos de Atenção básica. Ministério de saúde. Brasil 2006.

Revista cubana de Endocrinologia 2008.

<<http://cielo.sld.cu>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009. Dói: <10.1590/S0004-27302009000100012>.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA
DIABETES MELLITUS

Cadernos de Atenção Básica, nº 36

Brasília – DF 2013

Programa Municipal de Diabetes. Secretaria Municipal de saúde. São Jose de
rio Preto.