



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA  
PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS  
NA UBS FLORISPINA DE CARVALHO**

**LESLIE FLEITES FONTICIELLA**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal de São  
Paulo - Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do Título de Especialista em Saúde  
da Família.**

**Orientador: Prof<sup>o</sup>. Ms. Wagner Correia Santos**

**SÃO PAULO, Brasil**

**Maio/2015**

## SUMÁRIO

### 1. Introdução

1.1. Identificação e apresentação do problema.....2

1.2. Justificativa da intervenção.....3

### 2. Objetivos

2.1. Objetivo geral.....4

2.2 Objetivos específicos.....4

### 3. Metodologia

3.1. Cenário da intervenção.....5

3.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....5

3.3. Estratégias e ações.....5

3.4. Avaliação e Monitoramento.....6

4. Resultados Esperados .....6

5. Cronograma .....7

6. Referências .....8

7. Anexo I (Termo de Consentimento).....10

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Identificação e apresentação do problema

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que é vista como um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos bem como em desenvolvimento. Em muitos países é uma das principais causas de morte, invalidez e alto custo de cuidados com a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que a DM está em ascensão, afetando milhões de pessoas no mundo, muitas das quais não têm acesso a um tratamento eficaz contra a doença <sup>1,5,6</sup>.

Acredita-se que muitos grupos étnicos, incluindo os asiáticos, nativos americanos e das ilhas do Pacífico, têm uma maior predisposição genética para o DM tipo II do que caucasianos <sup>1,5,6</sup>.

Na ausência de intervenções eficazes, a prevalência de DM tipo II em todas as populações muito provavelmente será aumentada, devido ao envelhecimento e menor mortalidade por doenças infecciosas na população e ocorrendo um aumento da prevalência de fatores de risco, como, obesidade, falta de exercício físico regular e dieta inadequada <sup>(4,5,6)</sup>.

Ainda não possível demonstrar a associação entre o DM tipo II e específicos marcadores genéticos, é uma doença altamente familiar <sup>(5,6)</sup>.

Nas comunidades ocidentais, a prevalência de DM tipo I é aproximadamente 1/10 em relação ao DM tipo II. Seu aparecimento clínico é mais comum durante a infância, com uma incidência de pico na puberdade, mas seu início não é limitado aos filhos e atualmente é considerado que pode haver picos secundários de incidência na idade adulta <sup>(7,8)</sup>.

Estudos epidemiológicos mostram que há uma maior incidência de DM tipo I nas estações de outono e inverno. Na Europa tem sido detectado um aumento significativo desta incidência. A rede global de registro de diabetes na infância (WHO estudo-diamante - Diabetes Mundial) rápido, eficaz e melhorando a compreensão da epidemiologia da doença <sup>(8,9,10)</sup>.

A intolerância á glicose é um estágio pré-diabetes, presume-se que entre 1 a 3 em cada 4 pessoas com intolerância diminuída pode desenvolver DM tipo II, dentro de dez anos deve-se aumentar o risco de apresentar doenças cardiovasculares e cérebro vasculares <sup>(10)</sup>.

Convém ressaltar ainda que a susceptibilidade para o DM tipo I está associada com determinados marcadores genéticos, e embora os gatilhos da doença em indivíduos suscetíveis não foram totalmente identificados, sabe-se que as toxinas e infecções virais podem fazê-lo <sup>(9,10)</sup>.

Uma das principais complicações médicas durante a gravidez é o Diabetes Gestacional (DG), definido como o DM detectado durante a gravidez, que ocorre em aproximadamente 2-5% das gestações. Presume-se que é o resultado do estresse metabólico da gravidez, requer uma reclassificação *post partum*. A DG implica risco de complicações em desenvolver mais o DM tipo II e seus filhos estão em risco de desenvolver obesidade e requerem monitoramento e regulamento durante toda a gravidez, para evitar os riscos potenciais adversos <sup>(8,9,11)</sup>.

As pessoas com DM podem desenvolver complicações agudas e crônicas, com cronologia e severidade diferente. As complicações agudas incluem o tipo metabólico e incluem hipoglicemia, acidose láctica, cetoacidose diabética e coma hiperosmolar. Principais complicações crônicas são nefropatia diabética, retinopatia diabética, polineuropatias e doenças vasculares (Coronárias, Cerebrovasculares e Vasculares Periféricas <sup>(12, 13, 14)</sup>).

Mesmo quando, em muitos países, existam informações quantitativas confiáveis, é aceitável direcionar os custos diretos de cuidados para pessoas com DM, uma vez os custos indiretos (absentismo, aposentadoria prematura e morte) de DM serem elevados <sup>(13,14)</sup>.

O financiamento da internação que exige maior utilização de benefícios por ser de custo elevado em comparação com a população não diabética e é mais frequente e prolongado, em geral representa mais da metade dos custos diretos causados pela DM. O atendimento ao paciente ambulatorial também consome uma quantidade considerável de recursos humanos e materiais. Informações dos países desenvolvidos sugerem que 8% do número total de consultas ambulatoriais para pessoas com mais de 55 anos é causado pela DM. <sup>(14,15)</sup>

Quanto ao tratamento dessas pessoas, consiste em uma alteração do plano de refeição e a prática regular de atividades físicas, conseguindo reduzir significativamente as porcentagens, obtendo uma melhora na prevenção primária do DM tipo II <sup>(10)</sup>.

## 1.2. Justificativa da intervenção

Devido à sua natureza incapacitante, o início e a progressão de todas estas complicações afetam a qualidade de vida das pessoas com DM, aumentam seriamente os custos dos seus cuidados, reduzindo a capacidade produtiva da comunidade. <sup>(14)</sup>

As complicações do DM podem ser evitadas, com o uso de várias estratégias, intervenções educativas e terapêuticas, são essenciais para promover a sua implementação para alcançar a efetiva prevenção de seu desenvolvimento e progressão.

Este projeto de intervenção propõe uma ação educativa e preventiva dirigida a este grupo de pacientes da UBS Florispina de Carvalho do município de Carapicuíba, Estado de São Paulo, que irão receber acompanhamento necessário para conhecimento de sua doença.

Sem existir um conhecimento exato da incidência da doença na comunidade, a maioria deles, tem pouco e/ou nenhum conhecimento da doença e das suas complicações que o acompanham, seja aguda ou crônica.

Podemos observar que os pacientes têm pouco controle metabólico, excesso de peso inadequado, transtornos alimentares e complicações relacionadas à sua doença.

## **2. Objetivos**

### 2.1 Objetivo geral

- ✓ Propor um projeto de educação em saúde direcionado aos pacientes diabéticos atendidos na UBS Florispina de Carvalho em Carapicuíba/SP.

### 2.2 Objetivos específicos

- ✓ Prevenir complicações de DM e, conseqüentemente, diminuir a morbidade, mortalidade e custos da doença;
- ✓ Garantir menores custos, diretos e indiretos, através de um programa preventivo de prioridade e controle;
- ✓ Intervir diretamente e de forma apropriadas nos fatores de risco da doença e suas complicações;
- ✓ Promover a participação dos diferentes setores sociais envolvidos para modificar o curso do DM;
- ✓ Impedir o desenvolvimento do DM, na medida do possível, em indivíduos e comunidades suscetíveis;
- ✓ Melhorar a qualidade e a expectativa de vida de pessoas com diabetes.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Cenário da intervenção**

O presente projeto será desenvolvido na UBS Florispina de Carvalho, município de Carapicuíba, estado de São Paulo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Diabetes Mellitus, conhecerem melhor a doença, suas complicações e também pesquisar as características desta doença na comunidade.

#### **3.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção**

O público alvo serão os pacientes com a doença atendidos na área da UBS Florispina de Carvalho em Carapicuíba/SP, a equipe multidisciplinar, além dos quais possuem fatores de risco para DM, e alguns membros do Conselho de Saúde.

#### **3.3. Estratégias e ações**

A equipe multidisciplinar tem um sub-registro de pacientes diabéticos, por isso a princípio devemos fazer um levantamento para diagnosticar o nível de conhecimento destes pacientes sobre sua doença, autocuidado, dieta, atividade física e será realizada uma avaliação nutricional individual dos pacientes, educação em saúde sobre os cuidados que devem ser realizados e a partir daí elaborar um plano de ação.

Outras orientações importantes a serem compartilhadas são conhecimento sobre o uso adequado de medicamentos, como evitar as complicações da doença, prática regular de atividades físicas, aprendizagem ao longo da vida para a saúde de uma forma a detectar a doença precocemente, mantendo um acompanhamento adequado desses pacientes em consultas e através das visitas domiciliares.

Iremos realizar as seguintes ações, a saber:

- ✓ Promoção da consulta médica preventiva para indivíduos com fatores de risco e carga genética;
- ✓ Desenvolvimento da formação orgânica e sistemática de pacientes diabéticos e seus familiares para a autogestão de sua saúde, controlar a sua doença e suas complicações;
- ✓ Implantação de um sistema de treinamento, aperfeiçoamento e atualização da equipe multidisciplinar;
- ✓ Incorporação do sistema de saúde dos padrões de cuidados, controle e tratamento do DM;

- ✓ Provisão de medicamentos e suprimentos para o tratamento e controle específico desta doença conforme estabelecido por lei.
- ✓ Promover estudos epidemiológicos que permitam ter um diagnóstico atualizado da situação, da estrutura, procedimentos e resultados do tratamento do diabetes.

Haverá duas palestras semanais com estes pacientes com uma duração de duas horas, com temas variados, diferenciados e relacionados com a doença. As palestras serão ministradas na UBS durante quatro meses e serão utilizados vídeos, filmes e ao final haverá uma enquete para verificar as mudanças ocorridas.

Sugere-se, a intervenção de cada um dos profissionais, incluindo o médico de família, discutindo e explicando cada momento de cada edição, dando exemplos dos efeitos prejudiciais dessa doença e suas complicações, como evitá-las, as consequências futuras e os benefícios que traz para uma vida melhor.

Recomendaremos a troca de ideias, ouvir as preocupações dos pacientes e deixá-los a desenvolver suas próprias soluções, além, serem os multiplicadores das informações com seus familiares.

### 3.4. Avaliação e Monitoramento

Uma vez realizada a intervenção planejada, haverá retorno dos pacientes para uma nova avaliação, baseada nos objetivos definidos no início e depois de realização da intervenção para avaliar se houve diferença e determinar se os resultados foram satisfatórios.

## 4. Resultados Esperados

Espera-se com esta intervenção os seguintes resultados, a saber:

- Diminuir as incidências desta patologia para garantir menores custos (diretos e indiretos), através de um programa preventivo de prioridade e controle;
- Aumentar a participação comunitária para modificar o curso do DM;
- Prevenir complicações do DM e, conseqüentemente, diminuir a morbidade e mortalidade;
- A partir das dificuldades encontradas, definir novos programas de prevenção para a doença na área da UBS Florispina de Carvalho em Carapicuíba/SP.

## 5.Cronograma

Atividades	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Mai 2015
Elaboração do Projeto	X					
Aprovação do Projeto		X			X	
Estudo do referencial teórico / Revisão bibliográfica	X	X	X	X		
Coleta de dados	X	X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão final e digitação				X		
Entrega do trabalho final					X	
Socialização do trabalho						X



## 6. Referências Bibliográficas

1. WHO Technical report Series, N° 727, 1985. Diabetes Mellitus Report of a WHO Study Group.
2. Gruber W, Lander T, Leese B, Williams R. The economics of diabetes and diabetes care. A report of the Diabetes Health Economics Study Group. IDF/WHO, 1997.
3. WHO Technical report Series, N° 646, 1980. WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus: Second Report.
4. Murray CJL., Lopez AD. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization, 1996.
5. Mc Carty D., Zimmet P. Diabetes 1994 to 2010: global estimates and projections. Melbourne International Diabetes Institute, 1994.
6. King H. Diabetes mellitus: a growing international health-care problem. Proceedings of the Copenhagen Symposium Diabetes-The challenge. Medical Forum International, 1997, pp. 17-22.
7. Skrabalo Z., Katona G. problems of the developing nations. In: Krall LP, de World Book of Diabetes in Practice, Vol. 2, Elsevier, 1986, pág. 167-275.
8. The St. Vincent Declaration. In Krans HMJ., Porta M, Keen H (eds). Euro DiabCare and Research in Europe: The St. Vincent Declaration action programs, WHO regional office for Europe, Copenhagen 1992, pág. 6-7.
9. Declaración de la Américas. Boletín ALAD, 1997, 5(1): 8-10

10. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 28:1039-1057, 1979.
11. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *DiabCare* 20:1183, 1987.
12. Kirk RL, et al. The genetic epidemiology of diabetes mellitus. *Progress in Clinical and Biological Research* 1994:119-146, 1985.
13. O'Rahilly S, et al. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. New genetics for old nightmares. *Diabetologia* 31:407-414, 1988.
14. Rewers M, et al. Trends in the prevalence and incidence of diabetes: insulin-dependent diabetes mellitus in childhood. *World Health Statistics Quarterly* 41:179-189, 1988.
15. WHO DIAMOND Project Group. The WHO Multinational Project for Childhood Diabetes- DIAMOND: Diabetes Mondiale. *Diabetes Care* 13:1062-1063, 1990.

## 7. Anexo I

### O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com o Dr. (\_\_\_\_\_) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
assinatura

“Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste paciente (ou representante legal) para a participação neste estudo”. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador principal

\_\_\_\_\_  
Assinatura