



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ASSIS – SP

JEFFERSON ALAN VILHABA

**Trabalho de conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de São
Paulo para obtenção do Título de
Especialista em Saúde da Família.**

Orientadora: Julie Silvia Martins

Assis – SP

2016

Resumo

A doença Diabetes Mellitus representa nos dias atuais um grande impacto na saúde pública, estando relacionada a uma das principais causas de morte no país, além de estar altamente ligada às doenças cardiovascular, cegueira e insuficiência renal. Com o objetivo de melhorar o atendimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus na região, e realizar diagnósticos de pré-diabéticos para evitar complicações futuras o presente projeto propõe desenvolver um rastreamento, através de exames complementares como glicemia capilar, glicemia em jejum e teste de tolerância a glicose. Palestras sobre fatores de risco e sintomas, também serão propostos, com o intuito de alertar a população sobre as complicações futuras e métodos de prevenção. O objetivo do trabalho é melhorar a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, evitar complicações como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e cegueira.

Palavras-chave: Qualidade de vida, complicações, rastreio e diagnóstico precoce.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	6
2.1 Geral	6
2.2 Específico(s)	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
4 METODOLOGIA.....	9
4.1 Local	9
4.2 Participantes	9
4.3 Ações	9
4.4 Avaliação e Monitoramento	9
5 RESULTADOS ESPERADOS	10
6. CRONOGRAMA	11
7 REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morte nos dias de hoje, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), as doenças respiratórias crônicas, a obesidade e as neoplasias¹.

O DM caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que cursam com hiperglicemia, sendo este, resultado de defeitos na excreção ou ação da insulina e em alguns casos, de ambas. O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) apresenta-se na proporção de 5% a 10% dos casos, sendo o resultado da deficiência na secreção de insulina, consequência da destruição das células beta do pâncreas².

Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores^{1,2}.

A possibilidade do surgimento de tais complicações crônicas é um fato preocupante para os profissionais de saúde que cuidam dos diabéticos, principalmente daqueles cujo comportamento de autocuidado não é incorporado em sua vida diária.

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que o DM tem sobre a saúde da população e com a dificuldade de adesão dos seus acometidos aos comportamentos preventivos. Os profissionais da saúde deverão programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem ser refletidos profundamente.

No município de Assis, no estado de São Paulo, as informações clínicas necessárias ao acompanhamento do paciente com DM foram definidas em protocolos específicos e devem ser escritas no prontuário, em cada atendimento para um melhor acompanhamento contínuo, por todos os profissionais da saúde⁵.

Após a confirmação do diagnóstico, os pacientes são classificados de acordo com o uso de insulina ou não. Aqueles que usam insulina deverão passar por consultas a cada dois meses, alternando o atendimento médico e de enfermagem. Os pacientes não insulino-dependentes, primeiramente, são submetidos a uma classificação de risco. Aqueles que não apresentam lesões em órgão alvo são classificados como baixo risco,

sendo agendadas consultas médicas a cada seis meses e acompanhamento com enfermagem a cada três meses. Aqueles que apresentam lesões em órgão alvo são classificados como alto risco, sendo programada consulta médica e de enfermagem a cada dois meses⁵.

As consultas contam com medição de glicemia capilar, aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, peso, altura e cálculo do índice de massa corpórea (IMC), palpação de pulsos arteriais periféricos e teste de sensação vibratória utilizando um diapasão de 128 Hz e um teste de sensação dolorosa com um pino quando a pele estiver intacta, e a sensação profunda com o martelo em busca de reflexos de tendão de Aquiles a fim de detectar complicações diabéticas como neuropatia diabética e alterações vasculares. Todos esses dados são inseridos no DATASUS e E-SUS⁵.

Nos atendimentos dos pacientes são solicitados alguns exames como determina o protocolo; glicemia em jejum, hemoglobina glicosilada, creatinina, urina tipo 1, microalbuminúrica, a cada seis meses; os exames avaliam o perfil lipídico (colesterol total e frações e triglicérides) devem ser realizados anualmente ou a cada seis meses, quando há alteração. Havendo alteração no exame de microalbuminúrica, é preconizado que se realize o exame de proteinúria semestral. Para os pacientes que usam insulina, a dosagem de hemoglobina glicosilada deve ser realizada trimestralmente, se os valores estiverem alterados⁵.

O protocolo também orienta acompanhamento anual do fundo de olho. Pode-se encaminhar esses pacientes ao cardiologista, nefrologista e neurologista de acordo com a necessidade⁵.

Devido à grande prevalência da doença Diabetes Mellitus na região e como consequência um grande gasto de recursos públicos e complexas sequelas nos pacientes decidiu-se intervir procurando ampliar a assistência a esses pacientes, realizando triagem bem detalhada, atualizando os cadastros dos pacientes diabéticos, rastreando complicações da doença como insuficiência renal, retinopatia diabética, neuropatia diabética e principalmente ajustando doses das medicações com o objetivo de manter a glicemia com um valor adequado e assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Melhorar o diagnóstico precoce, a assistência e o controle dos pacientes com diabetes, com o objetivo de diminuir o abandono do tratamento e complicações futuras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1- Realizar teste de rastreio na população de risco como hemoglobina glicosilada, glicemia em jejum, perfil lipídico, solicitar exames específicos como fundo de olho para diagnosticar retinopatia diabética e microproteinúria para avaliar função renal.

2.2.2 - - Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com orientações sobre como fazer uma alimentação saudável, relatar a importância da prática de exercícios físicos e a realização de exames de rotina.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Hoje em dia 387 milhões de pessoas têm diabetes; em 2035 este número subirá para 592 milhões (50% de aumento)⁶.

O número de pessoas com diabetes tipo 2 está aumentando em todos os países, 77% das pessoas com diabetes vivem em países de baixa e média renda⁶.

O maior número de pessoas com diabetes têm entre 40 e 59 anos de idade, 179 milhões de pessoas com diabetes no mundo não são diagnosticados⁷.

A *Estratégia Saúde da Família* veio com o intuito de melhorar a assistência às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis tipo Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mudando a estratégia que era assistencial e curativa, para a promoção da saúde⁸.

Com a mudança demográfica da população, houve um aumento na expectativa de vida e conseqüentemente no número de Diabéticos que está relacionado com mudanças nos hábitos alimentares, excesso de peso e sedentarismo⁹.

O Diabetes Mellitus tinha em média 171 milhões de portadores em todo o mundo, o equivalente a 2,8% da população mundial no ano 2000, mas esse número pode alcançar cerca de 633 milhões em 2030, atingindo 4,4% da população mundial¹⁰.

O diabetes causou 4,9 milhões de mortes em 2014⁷; A cada sete segundos uma pessoa morre de Diabetes ¹¹.

4. METODOLOGIA

4.1 Local: O projeto de intervenção será realizado em uma (ESF) chamada Jardim Eldorado, localizada na cidade de Assis SP, em uma área de abrangência onde moram 4.200 habitantes, de uma cidade composta por 110 mil habitantes. É uma população de baixa renda familiar e baixa escolaridade, com hábitos culturais propícios a aumentar a prevalência de Diabetes Mellitus.

4.2 Público-alvo: O público alvo serão pacientes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus independente do sexo, idade, e tempo de doença.

Participantes: Profissionais de Saúde que atuam na UBS Jardim Eldorado.

4.3 Ações: As informações dos pacientes serão obtidas a partir de prontuários, e também colhidas pessoalmente. A prevalência de Diabéticos Mellitus na região será obtida dos registros no painel de monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Assis SP. Serão realizados testes de rastreios para detectar novos casos e atualizar o sistema. A solicitação de exames como microproteinúria, hemoglobina glicosilada, fundo de olho e teste de sensibilidade serão indispensáveis e ajudarão a rastrear e evitar complicações como insuficiência renal, neuropatia diabética e retinopatia diabética. Os pacientes que apresentarem alterações laboratoriais, após o resultado dos exames solicitados, serão acompanhados através de consultas e visitas domiciliares com o médico, enfermeiro e agentes comunitários, dependendo do caso.

4.4 Avaliação e Monitoramento: Será elaborado um formulário caracterizando segundo o sexo, faixa etária, uso de insulina, fatores de risco, uso de medicamento, efetividade do tratamento e o tempo de doença a fim de avaliar a evolução de cada paciente individualmente e obter-se desta forma um melhor monitoramento das complicações. A cada 3 meses serão reavaliadas as condutas terapêuticas, com o objetivo de prevenir complicações e promover melhor qualidade de vida aos diabéticos.

5. RESULTADOS ESPERADO

Através desse estudo esperamos capacitar a equipe da ESF Eldorado, melhorar o atendimento à população diabética e principalmente levantar dados para o melhor reconhecimento do território dessa unidade de saúde, conscientizar a população que a doença(diabetes) causa várias agravos à saúde do paciente, requerendo um adequado acompanhamento médico, nutricional e rastreio para complicações futuras, melhorar a qualidade de vida da população a fim de diminuir novos casos de diabetes mellitus na região, aumentando as informações de riscos futuros se não aderir ao tratamento corretamente.

6. CRONOGRAMA

Atividade de 01/06/2015 a 23/12/2015	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Escolha do tema para o PI	0 a 25					
Seleção dos pacientes com Diabetes.		1 a 31				
Realizar teste de rastreios em pré-diabéticos.			1 a 30			
Realizar buscas de complicações (retinopatias, IR, doenças cardiovasculares)				1 a 31		
Realizar palestras sobre alimentação e complicações do diabético.					2 a 10	
Atualização de medicações para os pacientes e fechamento do trabalho.						1 a 23

7. REFERÊNCIA

- 1 - COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p.113-118, 2009.
- 2 - ALMINO, M. A. F. B.; QUEIROZ, M. V. O. JORGE, M. S. B. Diabetes Mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.4, p.760-767, 2009.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.110 p. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. > Acesso em: 12 Abr 2016.
- 4 - FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.53, n.1, p.80-86, 2009.
- 5 - ATAÍDE, M.B.C. **Vivência grupal: Estratégia de Engajamento no Autocuidado e Diabetes**. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, 2004.
- 6 - MIELCZARSKI, R.G; COSTA, J.S.D; OLINTO, M.T.A. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.71-78, 2012.
- 7 - REMPEL, C. et al. Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v.9, n.1, p.17- 24, 2010.

8 - LINARD, A. G. et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.1, p.114-120, 2011.

9 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

10 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-201**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

11 - XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto e contexto**, Florianópolis, v.18, n.1, p.124-130, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100015&lng=pt&nrm=iso> Acesso 23 abr.2016.