



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Estratégias para melhorar o controle glicêmico dos diabéticos tipo II acompanhados pela UBS Marinópolis no município de Guarulhos- SP

VANESSA MIZUBUTI BRITO

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

Orientador(a): Marcus Grigoletto

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
4 MÉTODO	9
4.1 Local	9
4.2 Participantes	9
4.3 Ações	9
4.4 Avaliação e Monitoramento	10
5 RESULTADOS ESPERADOS	11
6. CRONOGRAMA	12
7 REFERÊNCIAS	13

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus já é considerado uma epidemia em curso. Atualmente acredita-se que há cerca de 382 milhões de pessoas no mundo com diabetes e que há uma expectativa de aumento do número de pessoas com este diagnóstico. No Brasil estima-se que em 2013 havia cerca de 11.933.580 pessoas com tal patologia na faixa etária entre 20 e 79 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O estilo de vida atual como a crescente taxa de obesidade e a diminuição dos níveis de atividade física, muito relacionados ao processo de industrialização dos países, atrelado ao envelhecimento da população têm aumentado a prevalência do Diabetes Mellitus tipo II mais rapidamente em relação ao Diabetes Mellitus tipo I, em todo o mundo (POWER, 2013).

Esta patologia se enquadra em um grupo de doenças metabólicas que tem como característica o aumento dos níveis séricos de glicose resultantes de um defeito na produção de insulina; de sua ação; ou em ambos. Classifica-se como Diabetes Mellitus tipo I (DM1), Diabetes Mellitus tipo II (DM2), Diabetes Mellitus Gestacional e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

O DM1 está presente em 5 a 10% dos casos e é resultante de uma hipoinsulinemia causada por, na maioria dos casos, agressão autoimune das células betapancreáticas. Já o DM2 encontra-se entre 90 a 95% dos casos e se caracteriza fisiopatologicamente pelo defeito na ação e na produção da insulina, sendo que estes dois eventos podem estar presentes em proporções diferentes a depender do caso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diagnóstico do Diabetes Mellitus pode ocorrer de três formas: glicemia casual, glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose. A primeira é positiva quando o resultado for maior que 200 mg/dl associado a sintomas como poliúria, polidipsia e perda de peso. A glicemia de jejum é positiva quando maior ou igual a 126 mg/dl e caso haja apenas uma pequena elevação torna-se necessário a repetição do exame em outro dia para a sua confirmação. Já o teste de

tolerância à glicose, que deve ser adequadamente executado, tem resultado positivo quando apresenta glicemia duas horas após a sobrecarga de 75 gramas de glicose maior 200 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Melhorar o controle glicêmico dos diabéticos tipo II acompanhados na UBS Marínópolis no município de Guarulhos- SP.

2.2 Específico(s)

Criar estratégias para maior adesão dos pacientes às mudanças alimentares e de estilo de vida;

Atualizar os profissionais da UBS sobre as novas diretrizes de tratamento;

Educar os pacientes sobre o uso correto das medicações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O tratamento do Diabetes Mellitus tipo II tem como base a terapia não medicamentosa que consiste em mudanças de estilo de vida, dieta e atividade física e a terapia medicamentosa que consiste tanto no uso de agentes antidiabéticos orais quanto no uso da insulina (BRASIL, 2013).

O acompanhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus e o seu controle são resultantes de diversos fatores e condições, nos quais se encontram o controle da glicemia e o desenvolvimento do autocuidado. Isto acarretará na melhoria da qualidade de vida e na diminuição das morbimortalidades decorrentes dessa patologia. Faz-se necessário, então, uma intervenção sistematizada e permanente dos profissionais de saúde para que ocorra uma mudança nas práticas atuais (BRASIL, 2013).

Os antidiabéticos orais podem ser classificados em quatro categorias: os que aumentam a secreção de insulina; os que não aumentam a secreção; os que aumentam a secreção de insulina de forma dependente da glicose associado à supressão de glucagon e os que promovem glicosúria (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A categoria dos secretagogos de insulina, ou seja, os que aumentam a secreção de tal hormônio compreendem as sulfoniluréias e as glidinas. O primeiro grupo apresenta ação hipoglicemiante prolongada durante todo o dia e promove a queda da hemoglobina glicada em 1,5 a 2%. Já as glidinas apresentam um menor tempo de ação e são utilizadas para cobrir principalmente a hiperglicemia pós-prandial e promovem a queda da hemoglobina glicada de 1 a 2%. Estes medicamentos devem ser observados devido ao risco de ganho de peso e episódios de hipoglicemia nos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Os agentes que não aumentam a secreção de insulina apresentam diversos mecanismos de ação a depender do grupo e estes têm como característica em comum o reduzido risco de hipoglicemias quando utilizados em monoterapia. A acarbose é um inibidor da alfa-glicosidade e reduz a velocidade de absorção de

glicose pelo intestino o que resulta em uma queda de 0,5 a 1% na hemoglobina glicada. A biguanida, também conhecida como metformina, tem como mecanismo de ação a diminuição da produção de glicose pelo fígado associado a uma discreta sensibilização periférica. Elas apresentam redução da hemoglobina glicada em 1,5 a 2% e são contra-indicadas em pacientes portadores de insuficiência renal. Já as pioglitazonas agem na resistência insulínica periférica nos músculos, hepatócitos e adipócitos sensibilizando, assim, a ação da insulina endógena e podem reduzir de 1 a 1,4% da hemoglobina glicada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Há uma nova classe de antidiabéticos orais que são capazes de aumentar a secreção de insulina dependente de glicose associado à diminuição da secreção de glucagon. O mecanismo de ação deste grupo consiste na estabilização do GLP-1 endógeno por meio da inibição da enzima DPP-IV responsável pela sua degradação. Com isso ocorre uma queda da secreção do glucagon que é o hormônio responsável pela manutenção da glicemia pós-prandial. Os inibidores da DPP-IV podem promover a queda de hemoglobina glicada em 0,6 a 0,8%, porém esse valor é variável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Em relação aos agentes que promovem a glicosúria, esta nova opção terapêutica tem como mecanismo de ação a inibição das proteínas SGLT2 nos túbulos proximais renais levando a inibição da reabsorção de glicose nestes locais. Em contrapartida devido a este mecanismo de ação há um aumento do risco de infecções do trato geniturinário e de depleção de volume. Este medicamento não pode ser indicado em pacientes com insuficiência renal moderada ou grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do Diabetes Mellitus, ele mantém o paciente assintomático e previne o surgimento de complicações agudas e crônicas, o que promove a qualidade de vida e reduz a mortalidade. O controle glicêmico pode ser realizado pelo monitoramento das glicemias de jejum, pré-prandial, pós-prandial e pela hemoglobina glicada. Os resultados das glicemias capilares são importantes para o ajuste na dosagem da medicação, uma vez que apontam o comportamento da ação do medicamento ao longo do dia. Já a hemoglobina glicada reflete o histórico glicêmico

nos últimos dois a três meses e é utilizada para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazo (BRASIL, 2013).

As metas glicêmicas a serem atingidas são a hemoglobina glicada menor que 7%, a glicemia de jejum menor que 100 mg/dl, glicemia pré-prandial menor que 130mg/dl e glicemia pós-prandial menor que 160 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Este último quesito difere do recomendado pela American Diabetes Association publicada em 2015 que opta pela glicemia pós-prandial menor que 180 mg/dl.

As metas glicêmicas e a rigorosidade de seu controle devem ser analisadas individualmente de acordo com o tempo e duração da doença, idade do paciente e sua expectativa de vida, presença de doenças cardiovasculares ou complicações microvasculares conhecidas, história de episódios de hipoglicemia com perda de consciência e considerações do próprio paciente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto de intervenção irá se desenvolver na UBS Marinópolis localizada no bairro Jardim Presidente Dutra do município de Guarulhos em São Paulo

4.2 Participantes (público-alvo)

O público – alvo deste projeto são os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II em acompanhamento periódico. Participarão deste projeto os médicos da Estratégia da Saúde da Família, assim como os enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissional da recepção.

4.3 Ações

- Estratégia de divulgação do projeto: Os Agentes Comunitários de Saúde irão durante divulgar em suas visitas domiciliares o projeto e avaliar o interesse do paciente em participação, caso positivo será entregue o termo de consentimento livre esclarecido em duas vias sendo uma para o paciente e outra para a equipe.
- Treinamento dos profissionais: Os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde envolvidos no projeto participarão de treinamento específico para cada visando à atualização em relação às diretrizes desta patologia
- Processo de implantação do projeto: Os pacientes interessados na participação do projeto irão agendar consultas na recepção para iniciar o segmento periódico com consultas médicas e participação de grupos de esclareci-

mento e orientações realizados pela equipe de enfermagem. Além disso, os pacientes irão realizar a dosagem da glicemia capilar e a anotação de seus resultados de forma periódica com auxiliar de enfermagem previamente treinada.

4.4 Avaliação e Monitoramento

A avaliação e o monitoramento serão realizados por meio de aplicação de questionário aos profissionais médicos e equipe de enfermagem envolvidos antes e após o treinamento, para assim mensurar o nível de conhecimento prévio e a efetividade dessa ação. Já a avaliação dos pacientes se dará por meio da análise das metas glicêmicas, se houve melhora do nível glicêmico ou não e aplicação de questionário sobre conhecimentos básicos em relação à patologia, quais medicamentos faz uso, como usar e em relação aos cuidados.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Em curto prazo espera-se que os profissionais envolvidos atendam e realizem o segmento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II de forma atualizada e adequada. Espera-se que devido a isso e aos encontros com o grupo de pacientes ocorra um melhor esclarecimento deles sobre a patologia que os acomete, a importância de seu tratamento e os riscos de complicações.

Espera-se também que dentre a população participante ocorra um aumento da taxa de aderentes à atividade física periódica e a melhora no comportamento na qualidade alimentar, assim como um aumento na adesão ao tratamento e o seu uso correto.

Em médio e longo prazo espera-se que os pacientes consigam realizar um melhor controle glicêmico e com isso ocorra a diminuição da taxa de complicações decorrentes do Diabetes Mellitus mal controlado e a diminuição da taxa de internações por esses motivos.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	X					
Implantação das Ações	x	x	x	X			
Monitoramento e ajustes			X	x			
Análise dos dados					X	x	
Apresentação dos resultados							X
Acompanhamento do Projeto	x	x	x	x	x	x	x

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, vol. 37, supl. 1, p. s81- s90. 2014. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/38/11/1995.full.pdf+html>>. Acessado em: 18 dezembro 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes - 2014**. Diabetes Care, vol. 37, supl. 1, p. s14- s80. 2014. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/38/11/1995.full.pdf+html>>. Acessado em: 15 janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n.36. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf> Acessado em: 12 janeiro 2016.

POWER, A. C. Diabetes Mellito. In: HAUSER, L; JAMESON, F; LOSCALZO, K. **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre, 2013. V.2, p. 2968- 3003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014- 2015**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>> Acessado em: 28 outubro 2015.