



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Rodolfo Moreira Mendes de Almeida

Projeto de Atenção Integral aos Diabéticos do Município de Santa Margarida do Sul - RS

Florianópolis, Março de 2023

Rodolfo Moreira Mendes de Almeida

Projeto de Atenção Integral aos Diabéticos do Município de Santa
Margarida do Sul - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Zeno Carlos Tesser Junior
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Rodolfo Moreira Mendes de Almeida

Projeto de Atenção Integral aos Diabéticos do Município de Santa Margarida do Sul - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Zeno Carlos Tesser Junior
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Atualmente, observa-se um aumento na prevalência de diabetes mellitus (DM) em consequência de múltiplos fatores como o crescimento e envelhecimento populacional, aumento da obesidade e sedentarismo, e maior sobrevida dos pacientes com DM. Por se tratar de uma doença crônica, com múltiplas complicações e com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, familiares e sistema de saúde, devem ser tomadas medidas para o melhor controle da doença. No referido trabalho foi observado a necessidade de otimizar o seguimento dos pacientes com diabetes mellitus de nosso município e implementar ações que impactarão na qualidade de vida dos mesmos. **Objetivos:** Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família e NASF-AB do município de Santa Margarida do Sul - RS, um plano de ação de promoção de cuidados dos usuários com Diabetes Mellitus. Propor ações educativas de promoção da saúde, para melhorar o controle glicêmico e diminuir complicações agudas e crônicas. Organizar agenda de atendimento para pacientes com Diabetes Mellitus. Otimizar os níveis metabólicos usando como parâmetro os níveis de hemoglobina glicosilada. **Metodologia:** agendamentos periódicos para Promover saúde integral aos pacientes diabéticos do município e garantir o acesso a todos os usuários diabéticos às consultas na UBS.. Monitorar para que o tratamento seja realizado de forma correta e adequada oferecendo o suporte necessário para tais objetivos. **Resultados Esperados:** Diminuir a morbimortalidade da doença que causam um grande impacto na vida dos pacientes e do sistema de saúde.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Assistência Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Santa Margarida do Sul é uma cidade de formação administrativa recente, há pouco mais de 20 anos era distrito e conseguiu sua emancipação política a custas de muitas disputas políticas. Os primeiros povoados eram constituídos de várias classes sociais e diversas etnias: europeus, índios e negros. No que tangem aos aspectos populacionais é oportuno ressaltar que os primeiros habitantes que no município se instalaram eram de origem portuguesa e seus descendentes dedicaram-se até meados do século XX somente à pecuária tradicional. Deste povo herdamos a língua que falamos a religião católica e o uso do sal e do açúcar na alimentação. Com a construção da BR 290, na década de 60/70, que atravessa toda área emancipada e a implantação da energia elétrica, na década de 80, atraiu número considerável de pessoas de outras regiões do estado, de diversas etnias, como alemãs e italianas, por exemplo. De tais imigrantes foram herdados vários hábitos e costumes que enriqueceram a cultura e impulsionaram o progresso da região, inclusive na agricultura, com técnicas mais avançadas que trouxeram de suas procedências. A economia do Município baseia-se principalmente na agropecuária.

O setor primário de Santa Margarida do Sul possui várias alternativas, especialmente na agricultura. As principais culturas são de soja e arroz, seguidos do trigo, cevada e painço. A citricultura e a vitivinicultura estão apresentando considerável desenvolvimento no Município. A Bacia leiteira é uma característica do Município. Também a criação de suínos e javalis para abate e um complexo industrial que trata do beneficiamento de cereais. O município de Santa Margarida do Sul, economicamente, apresenta dificuldades na oferta de empregos, sendo que filhos de pequenos agricultores deixam a zonar Ural, deslocando-se para as cidades em busca de melhores condições de vida. Isso devido à baixa renda familiar em pequenas propriedades de famílias numerosas.

Por ser um município extenso e de características rurais, existe uma grande dispersão populacional em seu território. Em 2017, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 13.4%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37.9% da população nessas condições, o que colocar na posição 61 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 3021 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Apresenta 39.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 85.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Aproximadamente 72.3% dos domicílios se encontram na zona rural e estas famílias em sua maioria obtêm seus rendimentos a partir de atividades diretamente ligados à agricultura.

A expectativa de vida no ano de 2018 foi estimada em 77,2 anos, em relação à faixa etária, há 778 crianças e adolescentes (0-19 anos); 1477 adultos (20-59 anos); 446 idosos

(com 60 anos ou mais). O coeficiente de natalidade foi de 9,2/1000 habitantes no ano e 2017.

O município possui como porta de entrada para o SUS na Atenção Primária uma única UBS a qual está constituída com uma Equipe da Saúde da Família com profissionais da saúde bucal, uma Equipe da Atenção Básica e NASF-AB. Portanto neste serviço de saúde estão presentes profissionais das mais diversas áreas como: clínico geral, pediatra, ginecologista, dentista, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira, farmacêutica. Apresenta aproximadamente 95% de cobertura de sua área adscrita, contemplando atendimento a uma considerável parcela da população. As queixas mais frequentes estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes Mellitus os quais representaram uma prevalência de 55,7/1000 habitantes e 7,1/1000 habitantes respectivamente no ano de 2019. Além destas doenças é necessário destacar também problemas relacionados a Saúde Mental e enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório como asma, bronquite e DPOC.

Embora o Diabetes melitus não seja a principal causa de procura por consultas na unidade, é uma doença prevalentemente tratada nos usuários que buscam à UBS e há uma grande preocupação de toda equipe em relação ao DM2 e suas complicações, sendo que boa parte destes pacientes não fazem o controle metabólico adequado, impactando de maneira significativo sua qualidade de vida e gerando um aumento expressivo no risco de morte pelas comorbidades apresentadas como desfecho desta enfermidade.

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Observa-se que número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM. Por se tratar de uma doença crônica, com múltiplas complicações, com grande impacto na qualidade de vidas das pessoas com diabetes e seus familiares e custo elevado para o paciente e o serviço público de saúde, devem ser tomadas medidas para o melhor controle da doença. Dessa forma o desenvolvimento de programas de reeducação alimentar, prática de atividade física, combate ao excesso de peso, uso correto das medicações leva ao melhor controle do diabete e conseqüentemente diminui o risco de complicações futuras. O controle inadequado da glicemia ao longo prazo leva a complicações s micro e macrovasculares como neuropatia periférica, nefropatiadiabética, retinopatia, doença vascular periférica, problemas periodontais e coronariopatias.

Nos primeiros seis meses de trabalho nesta UBS, percebi que os pacientes diabéticos não possuem um seguimento adequado pela equipe de saúde. Os pacientes em sua maioria só buscam atendimento caso apresentem alguma queixa aguda de seu agravou em períodos anuais para controle dos índices bioquímicos.

Estas condutas são inadequadas segundo a literatura que preconiza quatro consultas

médicas por paciente diabético a cada ano na Atenção Básica, e está incluído nesta consulta a realização da confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades visando a estratificação do risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, orientação da mudança de estilo de vida, prescrição de tratamento não medicamentoso e definir o melhor tratamento medicamentoso.

Como forma de uma abordagem mais integral se recomenda também seis consultas de enfermagem ao ano, sendo incluído o exame do pé diabético, orientações quanto a hábitos alimentares e estilo de vida, adaptação ao tratamento medicamentoso e realização de educação em saúde. Como seguimento mais próximo é necessário visitas mensais dos ACS a estes pacientes como forma de abordagem precoce de qualquer complicação ou não adaptação no controle da enfermidade.

De fato, nossa UBS necessita uma reformulação no seu processo de trabalho, iniciando o cadastramento de 100% dos pacientes DM 2, possibilitando conhecer perfil desses usuários, classificar o risco de cada um deles, adequar um fluxo de atendimento e seguimento dos mesmos

Como início das atividades começamos a cadastrar todos os usuários portadores de Diabetes Mellitus. Aconteceram reuniões com cada integrante da equipe de saúde de nossa UBS para estabelecer quais seriam o papel exercido por cada profissional. Ficou estabelecido prontuário único para cada paciente que será alimentado por todos os profissionais que atuam na área física da Unidade de Saúde. Reforçamos a importância da contra referência e como deveria ser realizada ainda estabelecer caminhos para que elas fossem enviadas pelos especialistas quando referenciadas.

Solicitar aos agentes de saúde busca ativa e agendamento daqueles pacientes que estão há mais de três meses sem assistência do nosso serviço de saúde, exames laboratoriais para aqueles que estão há mais de seis meses sem controle ou em tempo menor a esse período conforme critério médico. Referência ao especialista todos os casos que estão sob nossa responsabilidade, que apesar da mudança de estilo de vida, reeducação alimentar e medicação otimizada, não estão conseguindo controle metabólico de maneira adequada.

Estabelece mecanismos de educação continuada como palestras, cartilhas, encontros presenciais e visitas domiciliares, como o objetivo da criação de um vínculo mais forte entre paciente e serviço de saúde. No acolhimento pela equipe de enfermagem, avaliar fatores de risco, mudança no estilo de vida, ressaltar o tratamento medicamentoso, fazer avaliação do pé diabético e encaminhar para consulta médica se necessário. Agendar consulta médica para aqueles pacientes que possuem fatores de risco como hipertensão arterial, sobrepeso, síndrome metabólica, histórico familiar para DM 2, idade maior que 45 anos, sintomas como poliúria, polidipsia, polifagia e que não foram diagnosticados com Diabetes Mellitus.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família e NASF-AB do município de Santa Margarida do Sul - RS, um plano de ação de promoção de cuidados dos usuários com Diabetes Mellitus.

2.2 Objetivos Específicos

1. Propor ações educativas de promoção da saúde, para melhorar o controle glicêmico e diminuir complicações agudas e crônicas.
2. Organizar agenda de atendimento para pacientes com Diabetes Mellitus, afim de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários
3. Otimizar os níveis metabólicos usando como parâmetro os níveis de hemoglobina glicosilada.

3 Revisão da Literatura

O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um grupo de distúrbios metabólicos comuns que compartilham o fenótipo da hiperglicemia. Existem vários tipos distintos de DM que são causados por uma interação complexa de fatores genéticos e ambientais. Dependendo da etiologia do DM, os fatores que contribuem para a hiperglicemia incluem secreção reduzida de insulina, menor utilização de glicose e maior produção de glicose. A desregulação metabólica associada ao DM acarreta alterações fisiopatológicas secundárias em muitos sistemas orgânicos que impõem uma enorme sobrecarga aos indivíduos com diabetes, assim como o sistema de saúde (JAMESON et al., 2019).

Um importante conceito refere que na maioria dos casos de diabetes mellitus tipo 2, os genes promovem suscetibilidade à intolerância a glicose, mas o desenvolvimento do fenótipo diabetes depende também de fatores ambientais. Alguns desses fatores são óbvios (obesidade e sedentarismo) e já foram comprovados, mas outros permanecem em discussão. Sabe-se que não é possível alterar nossa predisposição genética, mas inúmeros estudos têm demonstrado que o diabetes pode ser retardado ou prevenido por mudanças nos hábitos alimentares e programas de exercícios físicos (LOPES, 2006).

A prevalência da DM2 tem aumentado ao longo do tempo e alcança hoje proporções epidêmicas, com acometimento de aproximadamente 35 milhões de pessoas nas Américas e a expectativa de ultrapassar os 65 milhões em 2025. Neste mesmo ano, o número esperado de pessoas com diabete no Brasil é de mais de 11 milhões, mais que o dobro daquele encontrado em 2000. O aumento da prevalência deve-se, em grande parte, a fatores como envelhecimento da população, dieta inadequada, obesidade e sedentarismo. (LANGOWISKI, 2013). (LAGOWISKI, 2013).

Se observa que aproximadamente 85% dos casos de diabete na população geral correspondem a pessoas com DM2. O diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade e a associação com excesso de peso e história familiar de DM é frequente. Apesar do aumento da prevalência com o envelhecimento, o número de casos de crianças e adolescentes com DM2 tem aumentado significativamente, devido a fatores como sedentarismo e obesidade. As complicações agudas e crônicas da DM interferem negativamente na qualidade de vida, na sobrevivência e na produtividade das pessoas, sendo que os custos diretos para a atenção às pessoas com diabetes variam conforme o local e da complexidade do tratamento disponível. Custos adicionais associados à dor e à ansiedade afetam a qualidade de vida dos portadores da doença e de seus familiares e representam carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (SAÚDE et al., 2011).

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas. Algumas, referidas como microvasculares, são específicas do diabetes, como a retinopatia,

a nefropatia e a neuropatia diabética. Outras, ditas macrovasculares, mesmo não sendo específicas do diabetes, são mais graves nos indivíduos acometidos, sendo a principal causa de morbimortalidade associada ao diabetes (SAÚDE, 2013).

O risco de desenvolver complicações crônicas graves são muitas vezes superiores ao de pessoas sem diabetes, sendo 30 vezes maior para cegueira, 40 vezes maior para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes maiores para IAM e 2 a 3 vezes maiores para AVC (DONNELLY, 2000).

Até o momento a patogenia dessas complicações ainda não está totalmente esclarecida. A duração do diabetes é um fator de risco importante, mas outros fatores como hipertensão arterial, fumo e colesterol elevado interagem com a hiperglicemia, determinando o curso clínico da micro e da macroangiopatia (DONNELLY, 2000).

As complicações micro e macrovasculares apresentam fatores de risco e mecanismos comuns como: a hiperglicemia, a obesidade, a resistência à ação da insulina, a inflamação branda e crônica e a disfunção endotelial. Caracterizados pela síndrome metabólica, esses processos causais determinam o diabetes e suas complicações, apresentando interfaces moleculares que constituem alvos terapêuticos comuns. O controle da obesidade, por exemplo, mostra melhora em todos os parâmetros da síndrome metabólica (SAÚDE, 2013)

A implementação simultânea de medidas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de controlar a hiperglicemia, a hipertensão, a dislipidemia e a microalbuminúria, foi eficaz na redução de várias complicações do diabetes tipo 2, em um acompanhamento de 7 a 8 anos, reduzindo em 53% o risco de doença cardiovascular, em 58% o desenvolvimento de retinopatia, em 61% a incidência de nefropatia e em 63% de neuropatia autonômica) (GAEDE et al., 2003).

Nas complicações macrovascular da enfermidade, as doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais. Em mulheres com diabetes, o efeito protetor do gênero feminino desaparece. A sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares: doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, é, em geral, semelhante em pacientes com e sem diabetes. Contudo, alguns pontos merecem destaque: A angina de peito e o IAM podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor (devido à presença de neuropatia autonômica cardíaca do diabetes); As manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios; A evolução pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes (SAÚDE, 2013).

O controle da hiperglicemia assume maior importância na prevenção das complicações microvasculares do que na prevenção das complicações macrovasculares. No entanto, considerando que fatores de risco como fumo, hipertensão, dislipidemia, inflamação crônica e a disfunção endotelial, comumente associados à doença aterosclerótica, também são fatores de risco para retinopatia, nefropatia e pé diabético (, o controle da glicemia é tão

essencial quanto o controle da pressão arterial no DM tipo 1) (SAÚDE, 2013).

Outra forma de prevenção da progressão das complicações microvasculares é sua detecção precoce, com o objetivo de intensificar as intervenções preventivas e implementar novas terapias comprovadamente efetivas(SAÚDE, 2013).

A retinopatia diabética é a primeira causa de cegueira adquirida após a puberdade. Embora a cegueira seja um evento raro em pacientes com diabetes, a perda de acuidade visual é comum após dez anos de diagnóstico, acontecendo em 20% a 40% dos pacientes mais idosos. A retinopatia é assintomática nas suas fases iniciais, não sendo possível detectá-la sem a realização de fundoscopia. Após 20 anos do diagnóstico, quase todos os indivíduos com DM tipo 1 e mais do que 60% daqueles com DM tipo 2 apresentam alguma forma de retinopatia. Dos indivíduos com DM tipo 2, 4% apresentam retinopatia no momento do diagnóstico, sendo que 4% a 8% já apresentam perda de acuidade visual. Além dos fatores de risco anteriormente citados para doença microvascular, para a retinopatia pode-se adicionar a presença de nefropatia e a gestação (SAÚDE, 2013).

A nefropatia diabética é uma complicação microvascular do diabetes associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. É a principal causa de doença renal crônica em pacientes que ingressam em serviços de diálise) (BRUNO; GROSS, 2000).

A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante (SAÚDE, 2013).

A ADA - American Diabetes Association recomenda a triagem em todos os indivíduos acima de 45 anos a cada 3 anos e a triagem de indivíduos em uma idade mais jovem quando eles têm sobrepeso ($IMC >25 \text{ Kg/m}^2$) e se têm um fator de risco adicional para DM.

Sabe-se que os pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 geralmente são obesos (80% dos casos) ou apresentam história de obesidade por ocasião do diagnóstico, entretanto, esse tipo de diabetes pode ocorrer em indivíduos não obesos, principalmente em idosos.

A apresentação clínica do DM tipo 2 é muito variável, muitos pacientes apresentam-se como sintomas de hiperglicemia, ou seja, poliúria e polidipsia presentes durante vários anos antes do diagnóstico (LOPES, 2006).

O critério para o diagnóstico foi modificado, em 1997, pela American Diabetes Association (ADA) e, posteriormente, aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). As modificações foram realizadas com a finalidade de prevenir de maneira eficaz as complicações micro e macrovasculares do DM. Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico do DM com utilização da glicemia): Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual maior a 200 mg/dl e Glicemia de jejum maior a 126 mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro

dia e Glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose maior a 200mg/dl (MILECH et al., 2016).

Em julho de 2009 foi proposta a utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico para o DM. A alegação é que a medida da HbA1c avalia o grau de exposição à glicemia durante o tempo e os valores se mantêm estáveis após a coleta. Em janeiro de 2010, a ADA modificou o critério inicial. As recomendações atuais são as seguintes : Diabetes: HbA1c maior a 6,5% a ser confirmada em outra coleta. Dispensável em caso de sintomas ou glicemia maior a 200 mg/dl (MILECH et al., 2016).

A assistência global ao portador de DM2 sustenta-se no: controle glicêmico rígido, abrangendo dieta/estilo de vida, exercício físico, medicação; tratamento de distúrbios associados como dislipidemia, hipertensão, obesidade e coronariopatia; e pesquisa e/ou tratamento das complicações mais comuns da enfermidade como retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia e neuropatia (GUIDONI; OLIVERA, 2009).

A melhora no controle do DM está atribuída a duas abordagens: tratamento não medicamentoso ou medicamentoso. O primeiro tem como objetivo mitigar a implantação da doença, e quando já estabelecida retardar o tratamento medicamentoso necessário para o controle da doença. A abordagem terapêutica é iniciada quando medidas de controle no tratamento não medicamentoso não obtém sucesso. É importante enfatizar que ambos estão interligados nesta doença crônica e o bom andamento destes controla e muitas vezes retarda o aparecimento dos agravantes. No entanto, por mais eficazes que sejam os tratamentos medicamentosos, de nada adianta, se os pacientes não os incorporarem o estilo de vida regrado diário, tendo como principal foco a saúde e bem estar (GROSSI, 2009).

É notório que o cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares dos profissionais médico, nutricionista, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, educador físico, farmacêuticos e assistente social, e em todos os níveis de atenção à saúde. O sucesso destas intervenções, como já citado, depende do comprometimento do paciente em assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter discernimento para identificar, as principais complicações clínicas que estão associadas a patologia, salientando, aqui o processo educativo do paciente (GRILLO; NEUMANNA; SCAIN, 2013).

De acordo com a American Diabetes Association (ADA), todos os pacientes com DM devem receber educação para o autocuidado, e a partir de 2006 foi criado a National Standards for Diabetes Self-Management Education (DSME), que tem como o objetivo garantir a qualidade da educação para o autocuidado aos pacientes com DM, nos mais diversos cenários. A capacitação do paciente na tomada de decisões em relação a sua doença, estimulando o comportamento direcionado para o autocuidado estão instintivamente relacionados (GRILLO; NEUMANNA; SCAIN, 2013).

O treinamento do pacientes transformando-o em regente da sua doença e incentivando

o na utilização dos sistemas de saúde como uma ferramenta para o controle, quando necessário, destaca-se como primordial no processo educativo; referindo-se assim a autonomia destes. Saliente-se que para a efetivação de tal processo, o paciente encontra-se ativo na aprendizagem. A definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença também é primordial (GRILLO; NEUMANNA; SCAIN, 2013).

Todos os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde são de grande importância no cuidado dos pacientes diabéticos, portanto, é fundamental que esses profissionais estejam preparados e capacitados para o melhor manejo destes pacientes dentro da unidade de saúde proporcionando uma abordagem integral e seguimento de sua doença (SAÚDE, 2013).

4 Metodologia

Este trabalho propõe ações de intervenção a serem implementadas a todos os pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus da cidade de Santa Margarida do Sul – RS. Como o município apresenta uma única UBS com apenas uma Estratégia de Saúde da Família, estas ações estarão centradas neste espaço e periodicamente nas comunidades rurais.

O projeto será iniciado no segundo semestre de 2020. Para isso, como forma inicial realizaremos o preparo da equipe de saúde, promovendo encontros da equipe da saúde da família e profissionais do NASF para construir uma estratégia e plano de ação para o cuidado e seguimento destes pacientes dentro da UBS. Será elaborado protocolo de atendimento, com agendamento deste grupo de pacientes.

Com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde será feito um levantamento e busca ativa de todos os pacientes portadores de Diabetes Mellitus do nosso município.

No primeiro contato com os pacientes e durante o acolhimento, obrigatoriamente, os pacientes passarão por consulta com enfermeira, médico e nutricionista. Serão classificados conforme risco, estado de saúde e vulnerabilidade, e posterior seguimento conforme indicação da equipe de saúde.

Aos pacientes sintomáticos além da anamnese e exame físico serão solicitados exames bioquímicos básicos conforme critério estabelecido. Aqueles que estão assintomáticos e controle adequado da enfermidade, será solicitado dosagem de hemoglobina glicosilada além de outros exames laboratoriais que se fizerem necessário no momento.

Como parte integrante do cuidado, os pacientes serão referenciados para os outros profissionais que constituem nosso NASF-AB, como dentista, psicólogo, fisioterapeuta e caso necessário referenciado ao serviço de endocrinologia.

No quarto trimestre de 2020, após identificação e cadastro de todos os pacientes diabéticos e considerando como parte importante do processo de cuidado aos temas relacionados à promoção da saúde, será criado o grupo de diabéticos que aos poucos será convergido como grupo de HIPERDIA. O HIPERDIA constitui um sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários. Visa o monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos e a aquisição de informações para a dispensação e a distribuição de medicamentos regularmente.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento nas consultas médicas e de enfermagem, favorecendo a adesão ao tratamento, uma vez que o paciente é percebido como protagonista do processo.

5 Resultados Esperados

Espera-se com este trabalho promover saúde integral aos pacientes diabéticos do município de Santa Margarida do Sul - RS. Garantir o acesso a todos os usuários diabéticos às consultas na UBS através de agendamento periódicos. Monitorar para que o tratamento seja realizado de forma correta e adequada oferecendo o suporte necessário para tais objetivos.

Esclarecer aos usuários diabéticos sobre os fatores de riscos do Diabetes mellitus e apontar subsídios para que estes possam melhorar a sua qualidade de vida, através do controle glicêmico e adoção de hábitos de vida saudáveis, diminuindo assim as complicações agudas e crônicas causadas pela enfermidade.

Diminuir a morbimortalidade da doença que causam um grande impacto na vida dos pacientes e do sistema de saúde.

Espera-se participação efetiva dos usuários diabéticos nos grupos do HIPERDIA, e que estes encontros aconteçam de maneira participativa e prazerosa com medidas educativas para sensibilizá-los em relação à necessidade do controle glicêmico.

Referências

- BRUNO, M. R.; GROSS, J. L. Prognostic factors in brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3.6- year follow-up study. *Journal of Diabetes and its Complications*, p. 266–271, 2000. Citado na página 17.
- DONNELLY, R. *ABC of arterial and venous disease: vascular complications of diabetes*. BMJ: S L, 2000. Citado na página 16.
- GAEDE, P. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, p. 383–393, 2003. Citado na página 16.
- JAMESON, J. L. et al. *Medicina Interna de Harrison*. Rio de Janeiro:: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2019. Citado na página 15.
- LAGOWISKI, A. R. *Estratificação do Risco Cardiovascular*. Paraná: S L, 2013. Citado na página 15.
- LOPES, A. C. *Tratado de Clínica Médica*. São Paulo: Roca, 2006. Citado na página 15.
- MILECH, A. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015/2016*. São Paulo: A C Farmacêutica, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- SAÚDE, M. da. *Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com diabetes crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 19.
- SAÚDE, M. da et al. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Brasil, 2011. Citado na página 15.