Projeto de intervenção para qualificar a atenção a saúde dos usuários com diabetes mellitus na UBS sítio das onças, município de Pimenteiras - Piauí

Luis Amador Hernandez[1]
Zulmira de Sousa Martins[2]

[1]Médico pelo Programa Mais Médicos; Especializando do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – UFPI/ UNA-SUS; autor responsável; e-mail: luisamador47193@gmail.com

[2]Médica Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – UFPI/ UMA-SUS.

RESUMO

Objetivou-se melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus atendidos pela equipe de saúde da família da UBS Sítio das Onças. Trata-se de um projeto de intervenção que partiu dos seguintes problemas: dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida, e da necessidade de atividades de educação em saúde sendo realizadas pelas equipes de saúde da família, e do número adequado de consultas para os pacientes com DM. O mesmo será realizado com os pacientes atendidos na UBS Sítio das Onças, no município de Pimenteiras, estado do Piauí. Espera-se que ao final da implementação desse projeto de intervenção se consiga a identificação do perfil dos pacientes com DM da área de abrangência da UBS, a elaboração de uma agenda de consultas para acompanhamento, e avaliação do tratamento desse público, e a realização de ações educativas que proporcionem maior conhecimento para os pacientes sobre o DM.

Descritores: Diabetes Melittus, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde.

ABSTRACT

It was intended to improve the adherence to the treatment of patients with Diabetes Mellitus attended by the family health team of the UBS site of Jaguars. It is an intervention project that has gone from the following problems: difficulty in adherence to drug treatment and changes in the lifestyle, and the need for health education activities being carried out by the family health teams, and the Appropriate number of queries for patients with DM. The same will be done with the patients served at UBS site of Jaguars in the municipality of Peppers, State of Piauí. It is expected that at the end of the implementation of this intervention project it will be able to identify the profile of the patients with DM of the area of coverage of UBS, the elaboration of a consultation schedule for monitoring, and evaluation of the treatment of that public, and the Realization of educational actions that provide greater knowledge for patients on the DM.

Keywords: Diabetes Melittus, Family Health strategy, health education.

INTRODUÇÃO

1.1 Análise de situações problemas do seu território

O Diabetes Mellitus é um grande problema de saúde pública e quando não controlado leva a complicações crônicas, devendo ser realizados exames sistemáticos de prevenção de complicações e acesso ao tratamento em tempo oportuno (PASQUALOTTO, et al., 2012). Um estudo realizado em 1.320 pacientes com DM demonstra que as complicações estão relacionadas ao tempo de duração da doença, sendo que a maioria das complicações ocorreram nos pacientes com mais de dez anos da doença (CORTEZ, et al.,2015).

A Federação internacional de diabetes estima que em 2015, mais de 8% da população mundial com idade de 20 a 79 anos, correspondente a 415 milhões de pessoas vivia com essa patologia, sendo assim em 2040 projeta-se uma quantidade superior a 642 milhões de pessoas, sendo que 75% dos casos ocorrem nos países em desenvolvimento (IDF, 2015 apud BRASIL, 2017 a). Esse aumento da prevalência do DM está relacionado a rápida urbanização, mudanças na alimentação, sedentarismo, excesso de peso, envelhecimento populacional e maior sobrevida dos pacientes com DM (BRASIL, 2017 a).

Existem o diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos que são menos comuns. No DM Tipo 1 ocorre a destruição das células beta do pâncreas, que passa a não produzir insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir complicações e até a morte, o DM tipo 2 se caracteriza pela resistência à ação da insulina (BRASIL, 2006; SCHMIDT, 2004).

O DM do tipo 2 é responsável pela maioria dos casos dessa patologia, respondendo por 90% dos casos, o DM do tipo 1 corresponde a 8% dos casos, merecendo destaque ainda o DM gestacional que tem um grande impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010 apud BRASIL, 2013).

O DM Tipo 1 é de ocorrência abrupta, geralmente em crianças e adolescentes, sendo que a hiperglicemia pode evoluir para cetoacidose que é um traço clínico comum nesse tipo de DM. Ele ocorre por um processo autoimune que pode ser detectado por autoanticorpos que circulam como antidescarboxilase do ácido glutâmico, anti-ilhotas e anti- insulia, sendo raros os casos de DM idiopáticos. A destruição das células beta em geral é rápida e progressiva, podendo occorer em adultos, porém é mais comum em crianças e adolescentes. Já o DM Tipo 2 tem início insidioso e sintomas mais leves, se manifestando geralmente em adultos com história familiar de DM tipo 2, estilo de vida sedentário e excesso de peso, porém vem aumentando a incidência em jovens devido a obesidade. Ocorre por uma deficiência relativa de insulina, ocasionada por uma resistência a ação da insulina associado a um defeito em sua secreção (BRASIL, 2013).

No diagnóstico do DM, os sinais e sintomas que levam a suspeição clínica são a poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso inexplicada, sendo mais agudos no DM tipo 1, porém presentes no

tipo 2, pode progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, principalmente em situações de estresse, podendo ainda estar presentes fadiga e visão turva. No tipo 2 por ser de início insidioso muitas vezes não manifesta sintomas, e a suspeita clínica é feita por presença de complicações como a proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou infecções de repetição (BRASIL, 2013).

Podem ser realizados 4 tipos de exames para diagnosticar DM que são a glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e a hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013). para confirmar o diagnóstico é necessário a repetição dos exames alterados, de preferencia o mesmo exame, se o paciente apresentar os sintomas clássicos de hiperglicemia que são poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso, podem ser diagnosticados com uma glicemia casual maior ou igual a 200mg/dL, independente do jejum (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017 apud BRASIL, 2017 a).

No que se refere ao tratamento do DM, temos que para o tratamento do DM tipo 1 há necessidade de uso da insulina, desde o diagnóstico, devendo ser intensivo com 3 ou mais doses diárias de insulina de diferentes tipos de ação ou em sistema de infusão contínua de insulina por bomba de insulina. Já para o tratamento do DM tipo 2, além de orientar as mudanças no estilo de vida, são prescritos antidiabéticos orais, que visam reduzir a glicemia e mantê-la em níveis normais, temos os fármacos que aumentam a secreção pancreática de insulina, os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios, os que reduzem a produção hepática de glicose e os que exercem efeito sobre hormônios (BRASIL, 2017).

As consultas realizadas com pacientes diabéticos ainda são centradas no modelo biomédico, o que preocupa, pois há uma necessidade de prevenção de complicações dessa doença, e promoção do autocuidado pelos pacientes, havendo uma necessidade de cuidados em equipe. Evidencia-se uma necessidade de educação permanente para profissionais, levando os mesmos a realizarem consultas que visem melhorias no cuidado as pessoas com DM na atenção básica (SILVA, et al., 2014).

É recomendado que sejam realizadas consultas de rastreamento para população que é definida pelo serviço de saúde, para que possamos confirmar diagnóstico precocemente e decisão terapêutica ou prevenção. Se confirmado o diagnóstico é necessário que desde a primeira consulta haja um processo de educação em saúde visando às mudanças de estilo de vida recomendadas (BRASIL, 2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Pimenteiras que fica no estado do Piauí, tem uma população estimada de 11.733 pessoas de acordo com o ultimo censo. Quanto à saúde, o município conta com uma Unidade Mista de Saúde que presta assistência às situações agudas de saúde, 6 eSF, 2 médicos do programa Mais Médicos que atuam em áreas aonde era precária a assistência a saúde.

Teve como objetivo geral Melhorar a adesão ao tratamento, dos pacientes com DM atendidos na UBS, e específicos: Identificar o perfil dos pacientes com DM; elaborar a agenda de consultas/visitas para acompanhamento e avaliação do tratamento desses pacientes; realizar ações educativas que proporcione conhecimento sobre o DM e suas complicações.

O Plano Operativo foi elaborado para ser implementado de acordo com as situações problemas identificadas, conforme quadros abaixo:

SITUACAO PROBLEMA: Falta de identificação do perfil dos pacientes
OBJETIVO: Identificar o perfil dos pacientes com DM
METAS/PRAZOS: 3 Meses
ACOES: • Elaborar instrumento para coleta de dados • Realizar reunião com os ACS para apresentar projeto e intervenção e solicitar apoio na coleta de dados • Identificação dos dados (Idade, tipo de DM, medicamentos em uso, alimentação, atividade física, participação em grupos de atividades, trabalho, lazer)
RESPONSÁVEIS: Enfermeira, Médico e Agentes Comunitários de Saúde da eSF

SITUACAO PROBLEMA: Falta de acompanhamento sistemático
OBJETIVO: Elaborar a agenda de consultas/visitas para acompanhamento e avaliação do tratamento desses pacientes.
METAS/PRAZOS: 2 meses
ACOES: • Realizar reunião em equipe para sensibilizar sobre a importância de acompanhamento sistemático desses pacientes • Elaborar cartão de aprazamento de consultas e ficha de acompanhamento
RESPONSÁVEIS: Enfermeira e Médico da eSF

SITUACAO PROBLEMA: Poucas ações educativas realizadas
OBJETIVO: Realizar ações educativas que proporcione conhecimento sobre o DM e suas complicações.
METAS/PRAZOS: 12 meses
ACOES: • Criar grupo de pacientes com Diabetes Mellitus • Estabelecer em conjunto com as equipes de saúde, as atividades a serem desenvolvidas em cada área • Identificar os líderes comunitários que possam colaborar com as ações de promoção da saúde • Elaborar cronograma dos temas a serem discutidos
RESPONSÁVEIS: Enfermeira, Médico e ACS

RESULTADOS

Até o presente momento f está sendo possível identificar o perfil dos pacientes com DM, foi elaborado o instrumento de coleta de dados, logo após realizou-se uma reunião com os ACS para apresentar o projeto de intervenção e solicitar o apoio para a coleta de dados, conforme instrumento apresentado a equipe, o prazo para identificação desse perfil foi de 3 meses, já foi dado início a coleta dos dados pelos agentes comunitários de saúde, até o momento foram entrevistados 21 pacientes, estes dados estão sendo colocados em tabelas para melhor visualização dos mesmos.

Para fazer um acompanhamento sistemático dos pacientes com DM atendidos pela eSF, elaborou-se um instrumento que é utilizado para classificar o risco dos pacientes em baixo, médio e de alto risco, e ainda para marcar a consulta de retorno de cada paciente, que leva em conta o risco de cada indivíduo classificado de acordo com o instrumento previamente elaborado pela equipe, o mesmo vem sendo utilizado nas consultas de acompanhamento dos pacientes com DM.

Quanto as ações educativas, já foi criado um grupo com os pacientes diabéticos que são acompanhados pela eSF na UBS Sítio das Onças, até agora realizou-se a primeira atividade que ocorreu na UBS, com 13 participantes, aonde falamos sobre o que é DM, quais os tipos, tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida, complicações agudas e crônicas do DM, foi um momento de integração do grupo com a eSF, esclarecimento de dúvidas e geração de vínculo, logo após o grupo foram realizadas consultas médica e de Enfermagem para esses pacientes.

DISCUSSÃO

Dos 21 pacientes avaliados até o momento 3 tem DM tipo 1 e 18 tem DM tipo 2, sendo que o DM Tipo 1 é de ocorrência abrupta, geralmente em crianças e adolescentes, ocorrendo por um processo autoimune, a destruição das células beta em geral é rápida e progressiva, podendo ocorrer em adultos, porém é mais comum em crianças e adolescentes. Já o DM Tipo 2 tem início insidioso e sintomas mais

leves, se manifestando geralmente em adultos com história familiar de DM tipo 2, estilo de vida sedentário e excesso de peso, porém vem aumentando a incidência em jovens devido a obesidade. Ocorre por uma deficiência relativa de insulina, ocasionada por uma resistência a ação da insulina associado a um defeito em sua secreção (BRASIL, 2013).

Na identificação do perfil desses pacientes, evidenciou-se que 11 pacientes utilizam Metformina 850mg e Glibenclamida 5mg, 4 fazem uso apenas de Metformina de 850mg e 3 utilizam apenas glibenclamida, já quanto ao uso de Insulina temos que 3 pacientes utilizam Insulina NPH. Estudos mostram no que se refere ao tratamento do DM, temos que para o tratamento do DM tipo 1 há necessidade de uso da insulina, desde o diagnóstico, devendo ser intensivo com 3 ou mais doses diárias de insulina de diferentes tipos de ação ou em sistema de infusão contínua de insulina por bomba de insulina, além das mudanças no estilo de vida. Já para o tratamento do DM tipo 2, além de orientar as mudanças no estilo de vida, são prescritos antidiabéticos orais, que visam reduzir a glicemia e mantê-la em níveis normais, temos os fármacos que aumentam a secreção pancreática de insulina, os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios, os que reduzem a produção hepática de glicose e os que exercem efeito sobre hormônios (BRASIL, 2017).

A partir da elaboração do instrumento para classificar o risco do paciente e acompanhar por meio de retornos agendados com a equipe de saúde está sendo possível prestar uma melhor assistência a saúde desses indivíduos, por meio do princípio da equidade de acordo com o risco de cada individuo. Estudos mostram que para avaliar o controle metabólico do paciente com DM, pode-se utilizar a HbA1c, que possibilita estimar os valores de glicemias nos últimos 3 a 4 meses, os valores adequados para pessoas menores de 18 anos menor que 7,5%, já para adultos esses valores são de 6,5 a 7% (BRASIL, 2017).

Dos 21 pacientes temos 5 homens (24%) e 16 (76%) mulheres, na atividade de educação em saúde realizada participaram 3 (14%) homens e 10 (48%) mulheres, evidenciando mais pacientes diagnosticadas com DM sendo do sexo feminino. Estudos evidenciam que é notória a diferença de gênero quando se trata de cuidados com a saúde, as mulheres tem maior longevidade por uma ocupação laboral de menor risco, consumo menor de álcool e tabaco, e por maior preocupação com a saúde exercendo o autocuidado (SILVA, 2018). Observa-se que há maior consumo de álcool entre os homens do que entre as mulheres e que o tabagismo é 3 vezes mais frequente entre os homens, evidenciando a necessidade das equipes de saúde orientarem a população sobre a existência de programas contra o tabagismo que tem ações voltadas para o controle e tratamento do vício (OLIVEIRA, et al., 2017).

Os indivíduos do grupo foram bastante participativos, demonstraram conhecimento sobre os tipos de DM, a necessidade de tratamento medicamentoso e não-medicamentoso , e ainda sobre as complicações da patologia, corroborando com estudos que demonstram que maioria dos pacientes tem conhecimento satisfatório sobre DM, podendo ser atribuído ao atendimento multiprofissional realizado pelas equipes da ESF, com as atividades educativas realizadas, que visam o empoderamento dos

indivíduos sobre sua saúde, para que possam realizar o autocuidado e ter autonomia sobre sua saúde (GONÇALVES, et al., 2017).

CONCLUSÕES

Para identificação do perfil dos pacientes com DM, contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde, que estão realizando a coleta de dados de cada paciente com DM da área de abrangência da equipe, essa ação será realizada no prazo de 3 meses, os ACS receberam as orientações da equipe (Médico/Enfermeira) sobre como de ser realizada essa coleta de dados e sobre a necessidade de realizar esse plano de intervenção na comunidade. O cartão de aprazamento e ficha de acompanhamento foi elaborado pela enfermeira e médico da equipe; e as ações educativas estão sendo realizadas em grupo.

A partir da execução das ações do presente Projeto de Intervenção pretende-se oferecer uma melhora na qualidade de vida dos pacientes por meio de uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso dessa patologia, da identificação do perfil desses indivíduos, acompanhamento desses pacientes e realização de ações educativas visando maior esclarecimento sobre o DM para a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. L. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Rev. Saú. Debate**, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/ Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**/ Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro, Sérgio Vencio. – São Paulo: Editora Clannad, 2017a.

BRASIL**. Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em : http://www.diabetes.org.br/publico/complicacoes/complicacoes-do-diabetes. Acesso em: 28 Nov. 2017 b.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes na prática clínica, 2011**. Disponível em: http:// www.diabetesebook.org.br/. Acesso em: 01 Nov. 2017.

CORTEZ, D. N.; REIS, I. A.; SOUZA, D. A.; MACEDO, M. M, TORRES, H.C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta. Paul**. Enferm., v. 28, n. 3, p. 250-255, 2015.

GONÇALVES, N. E. X. M.; et al. Conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus na estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. UFPE**, v. 11, n. 7, p. 2779-2787, 2017.

J.L. GROSS, J.L.; et al. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Ass. Med**., v. 45, n. 3, p. 279-284, 1999.

KREUZBERG, J. N.; AGUILAR, A. M. M.; LIMA, M.M. Riscos para complicações cardiovasculares em portadores de diabetes mellitus. **Rev. Enferm**., v. 6, n. 1, p. 93-101, 2016.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. N. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas**. Rev. Trab. Educ. Saúde**, v. 13 n. 2, p. 397-409, 2015.

OLIVEIRA, R. E. M.; et al. Diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2**. Rev.Saú. Públic. Paran**., v. 18, n. 1,p. 100-107, 2017.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

OPAS, 2016.PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R. Diabetes mellitus e Complicações. J. **Biotec. Biodivers.,** v. 3, n.4, p. 134-145, 2012.

RADIGONDA**,** B.; et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Rev. Epidemiol*. Serv. Saúde, v***.*25, n. 1, p.115-126, 2016.*

SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: Duncan BB.** Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

SILVA, T. F. A.; el al. Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* na atenção básica. **Rev. Min. Enferm.** v. 18,n. 3, p. 710-716, 2014.