



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CAROLINA BITTENCOURT GRANJO SCHLECHT

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DA DIABETES MELLITUS
PARA PACIENTES INSULINO DEPENDENTES DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
BAIRRO DO JABAQUARA-SP

SÃO PAULO
2022

CAROLINA BITTENCOURT GRANJO SCHLECHT

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DA DIABETES MELLITUS
PARA PACIENTES INSULINO DEPENDENTES DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
BAIRRO DO JABAQUARA-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ROSSANA FLÁVIA RODRIGUES SILVÉRIO DOS SANTOS

SÃO PAULO
2022

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo incentivar, através de ações educativas, hábitos de vida saudáveis aos pacientes insulino dependentes do território Unidade Básica de Saúde do Jardim Lourdes, que está localizada no bairro do Jabaquara, na zona Sul da cidade de São Paulo, visando impactos na taxa de mortalidade e complicações por diabetes. Além disso, visa melhorar o seguimento dos pacientes insulino dependentes da área 3 da UBS Jardim Lourdes, a partir da criação de um grupo de reunião mensal com estes indivíduos, com o médico, com a equipe de enfermagem e, se possível, com integrantes da equipe multidisciplinar, na UBS. Estes encontros seriam oportunidades para as pessoas em acompanhamento verificarem se realizaram seus exames de rotina, relatarem possíveis dificuldades ou intercorrências, renovarem receitas e processos para retirada de insumos para aplicação de insulina, entre outras ações que possam gerar impactos positivos para o controle da Diabetes Mellitus (DM).

Por meio da otimização do acompanhamento dos indivíduos que fazem uso de insulina, pretende-se um melhor controle da diabetes e prevenção de complicações, como descompensação grave da doença, eventos cardiovasculares e lesões de órgãos-alvo, uma vez que a DM é de forma direta ou não, uma das principais causas de morte na região.

Palavra-chave

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Promoção da Saúde. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Lourdes está localizada no bairro do Jabaquara, na zona Sul da cidade de São Paulo e atende aos residentes de seus arredores. A população atendida pela equipe 3 de estratégia de saúde da família da UBS é majoritariamente jovem e de classe média e média-baixa, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, com mau acompanhamento de doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus (DM).

Em 2016, o Coeficiente de Mortalidade por Causa na População em Geral por 100 mil habitantes, no Jabaquara, foi de 25,53 por descompensação da diabetes, 81,87 por doenças isquêmicas do coração e 55,9 por doenças cerebrovasculares, conforme a Figura 1. (CIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

Considerando que as duas últimas possuem relação direta com a diabetes e que os coeficientes para outras causas frequentes, no mesmo período, como homicídios, câncer de mama, acidentes de transporte e quedas acidentais, são em torno de 10, constata-se que a DM é, de forma direta ou não, uma das principais causas de morte na região do Jardim Lourdes (Figura 1). Isso ocorre, principalmente, em virtude da assistência inadequada aos pacientes com patologias crônicas.

Tendo em vista que, a prevalência da DM não tem grande diferença entre as cinco regiões do município de São Paulo (Figura 2), mas que a mortalidade por esta causa é maior em lugares em que a população possui menor poder aquisitivo e conseqüentemente depende do sistema público de saúde, conclui-se que este sistema está sendo insuficiente para o seguimento adequado dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. (SÃO PAULO, 2015).

Seja pela dificuldade de acesso, por parte do paciente, aos estabelecimentos de saúde, pela capacitação inadequada dos profissionais, pelo sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ou por outros motivos, essas pessoas, de áreas mais carentes da cidade, não realizam o cuidado longitudinal e continuado exigido pela DM, buscando atendimento apenas em descompensações agudas, quando, com grande frequência, já é tarde para reversão do caso, o que leva a morte e a demais desfechos negativos, como amputações, retinopatia, lesão renal e eventos cardiovasculares (WEXLER, 2021, tradução nossa).

Com a pandemia do novo coronavírus, iniciada em 2020, houve mudanças nos fluxos de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, focando principalmente no combate à Covid 19. Os agendamentos de consultas médicas passaram por diversas alterações, ficando restritos a um paciente por hora ou apenas a atendimentos de demanda espontânea e suspendendo as atividades em grupo, por um longo período. Este fato levou a um acesso ainda mais restrito ao sistema de saúde para a população, o que impacta negativamente no controle de doenças crônicas, como a DM, piorando, também, o número de desfechos negativos desta patologia.

Pela avaliação dos registros em prontuários dos usuários de insulina, observou-se que no ano de 2018, dos 44 indivíduos em acompanhamento, apenas 9 apresentavam todos as avaliações de seguimento da diabetes em dia. Este fato reflete a ineficiência do sistema adotado pela equipe de saúde, para o seguimento destes indivíduos. Com a pandemia do Covid-19, foi possível notar uma piora do controle da diabetes na população que realiza

insulinoterapia, uma vez que, em 2021, 6 pessoas das 47 insulinodependentes apresentam os exames atualizados. Justifica-se, portanto, o a elaboração de um projeto de intervenção para o melhor controle da DM, com intuito de tentar reduzir uma das principais causas de mortalidade da região.

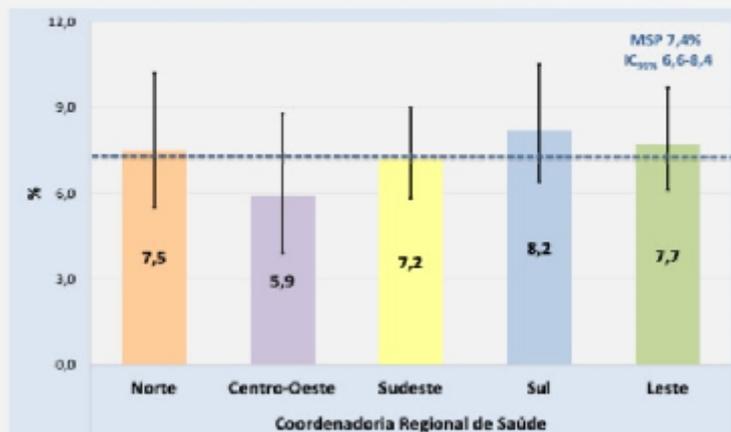
Figura 1- Coeficiente de mortalidade por causa na população em geral nos distritos administrativos do município de São Paulo, por 100 mil habitantes, em 2016.

Coeficientes de Mortalidade por Causa na População em Geral nos Distritos Administrativos do Município de São Paulo, por 100 mil habitantes - 2016							
Distritos Administrativos	Câncer de Mama	Diabetes Mellitus	Doenças Isquêmicas Coração	Doenças Cerebro-Vasculares	Acidentes de Trânsito e Transporte Terrestre	Quedas Acidentais	Homicídios
Alto de Pinheiros	19,10	16,71	133,70	50,14	7,17	14,33	2,39
Brasília	9,08	21,44	79,94	54,87	9,08	12,72	16,72
Grajaú	10,30	12,95	61,84	45,19	10,04	9,51	14,27
Jabaquara	8,80	25,53	81,87	65,90	8,36	11,01	10,12
Moema	20,54	18,26	65,03	46,78	3,42	3,42	1,14
São Mateus	11,61	29,04	89,70	46,81	11,61	7,10	11,61
Sapopemba	9,03	13,55	82,70	42,39	8,69	8,00	9,03
Saúde	15,00	14,26	86,81	46,00	3,00	9,00	3,00
Sé	7,80	19,51	81,95	35,12	0	3,90	15,61
Vila Mariana	18,21	18,21	103,96	63,87	2,28	10,62	2,28

Fonte: Cidade de São Paulo, 2016.

Figura 2 - Prevalência (%) de diabetes referida na população de 18 anos ou mais, segundo a Coordenadoria Regional de Saúde do Município de São Paulo, 2015

Gráfico 3 - Prevalência (%) de diabetes referida na população de 18 anos e mais, segundo Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

Fonte: São Paulo, 2015

ESTUDO DA LITERATURA

A Diabetes Mellitus, caracterizada pela hiperglicemia, consiste na doença relacionada ao metabolismo inadequado de carboidratos, associado à secreção ausente ou insuficiente de insulina, assim como à resistência insulínica periférica. Esta patologia pode se manifestar de forma sintomática (perda de peso, poliúria, polidipsia, polifagia, cetoacidose diabética) ou ser assintomática e diagnosticada a partir de exames de rastreio (INZUCCHI; LUPSA, 2021, tradução nossa).

O rastreio de DM na Atenção Primária à Saúde (APS), segundo o protocolo do Ministério da Saúde, é feito por meio do exame de glicemia de jejum anual e deve ser solicitado para adultos maiores de 45 anos ou com IMC maior que 23 e que apresentem ao menos um dos seguintes fatores de risco: Parentes de primeiro grau com diabetes; Risco aumentado em função de raça ou de fatores étnicos; História de doença cardiovascular; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Dislipidemia (DLP); Síndrome dos ovários policísticos; Sedentarismo; Sinais de resistência insulínica, como a Acantose nigricans (SMSSP, 2020, p. 27).

Considera-se que para o bom seguimento da diabetes, o paciente deverá realizar de 2 a 4 consultas anuais. Nestes momentos, é necessário a análise da história do paciente e de seu envolvimento com as mudanças de estilo de vida que contribuam com o melhor controle da doença, como prática de atividade física e alimentação balanceada. Realiza-se, também, uma avaliação breve do pé do paciente e do tipo de calçado utilizado, em busca de lesões que possam indicar neuropatia ou evoluir para uma complicação como úlcera, infecção ou necessidade de amputação (WEXLER, 2021, tradução nossa).

O exame laboratorial utilizado para verificar se a doença está bem controlada é a Hemoglobina Glicada (HbA1C), que deve ser realizada a cada 6 meses para os pacientes que apresentarem resultado dentro da meta, ou a cada 3 meses para aqueles que ainda apresentam a HbA1C inadequada e necessitem de ajuste de medicação (WEXLER, 2021, tradução nossa). Para os pacientes diabéticos menores de 60 anos, considera-se como adequada a HbA1C menor que 7%; para aqueles com 60 anos ou mais, menor que 8% (PIMAZONI NETTO et al., 2009).

Para rastrear a retinopatia diabética, o paciente deve realizar o exame de fundo de olho ao menos uma vez por ano. A periodicidade será reajustada, caso haja alguma anormalidade na avaliação (WEXLER, 2021, tradução nossa). No SUS, o paciente deverá ser encaminhado ao oftalmologista que o encaminhará, por sua vez, para a realização do exame.

Além da avaliação realizada pelo médico, em cada consulta, o indivíduo portador de DM deve ter os pés inspecionados de forma mais criteriosa e realizar os testes de monofilamento, à princípio, uma vez por ano (WEXLER, 2021, tradução nossa). Nas UBS, este teste é realizado pela equipe de enfermagem e, assim como a fundoscopia, tem sua frequência reajustada conforme as alterações encontradas.

O rastreio para nefropatia diabética deve ser anual, por meio do exame de microalbuminúria isolada. Uma vez que venha alterado, deverá ser repetido de 2 a 3 vezes em um período de 3 a 6 meses, para confirmação de lesão renal, uma vez que a taxa de falsos-positivos é elevada (WEXLER, 2021, tradução nossa). O valor considerado adequado

para a microalbuminúria isolada é o mesmo da referência laboratorial, de menor que 3 mg/dL.

Com a realização periódica destas avaliações e o bom controle da glicemia, a equipe de saúde se torna capaz de evitar ou detectar de forma precoce possíveis complicações e intervir o quanto antes. Assim sendo, viabiliza-se a diminuição de desfechos negativos da doença que, em locais como o bairro Jardim Lourdes, é uma das principais causas de mortalidade na população.

Nessas perspectivas, esse projeto trabalhará junto à Equipe da UBS Jardim Lourdes no bairro do Jabaquara, na zona Sul da cidade de São Paulo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Incentivar, através de ações educativas, hábitos de vida saudáveis aos pacientes insulino dependentes do território UBS Jardim Lourdes, que está localizada no bairro do Jabaquara, na zona Sul da cidade de São Paulo, visando impactos na taxa de mortalidade e complicações por diabetes .

Objetivos específicos:

- * Realizar ações coletivas de promoção/educação em saúde para melhorar as taxas de hemoglobina glicada.
- * Garantir acesso aos exames complementares de rastreio de lesão órgãos-alvo por diabetes, aos pacientes usuários de insulina (avaliação do pé diabético, microalbuminúria isolada, fundoscopia), com periodicidade adequada;
- * Detectar de forma precoce complicações decorrentes da diabetes mau controlada entre os participantes do grupo;
- * Otimizar a adesão de insulino terapia quando necessário;

AÇÕES

Local: O projeto será realizado no anfiteatro da UBS Jardim Lourdes, durante a manhã da segunda quarta-feira do mês, que é o período reservado para a realização de atividades em grupo.

Público alvo: A atividade proposta será direcionada aos diabéticos insulino dependentes da equipe 3 da UBS. Estes indivíduos serão divididos em 3 grupos de aproximadamente 15 pessoas (A, B e C), de forma aleatória e, a cada mês um grupo participará, visando uma frequência trimestral de cada participante.

Participantes: O grupo contará com a participação da médica, do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem da equipe e, quando disponível, com a nutricionista da equipe multidisciplinar

Ações:

- ♦ Em cada encontro, todos os pacientes passarão com o médico e com a equipe de enfermagem. Enquanto aguardam por atendimento, os participantes podem conversar com a nutricionista sobre alimentação adequada para portadores de DM e esclarecer dúvidas, bem como trocar experiências com outros indivíduos. Durante o contato com o médico e com a equipe de enfermagem, serão abordadas medidas comportamentais fundamentais para o melhor controle da doença, como a prática de atividades físicas e também poderão ser esclarecidas perguntas relacionadas ao tema. Se apresentar demandas mais complexas, o paciente terá uma consulta individual agendada ou será encaminhado para o acolhimento, visando uma melhor exploração de seus problemas. Serão avaliados, também, os controles de glicose e os resultados de HbA1C. Neste momento, o médico deverá orientar o paciente sobre o nível de controle da doença e o que fazer para alcançá-lo, caso esteja fora do alvo.
- ♦ Durante a conversa com o médico, os exames complementares serão solicitados ou, se já realizados, serão avaliados. O profissional deverá orientar o paciente sobre o resultado e a presença ou não de lesão secundária a diabetes (microalbuminúria isolada, fundoscopia). Com a enfermagem, o paciente realizará a avaliação do pé diabético e poderá ser orientado sobre os cuidados que deve tomar com os pés, como o uso de calçados adequados, por exemplo.
- ♦ Se detectada alguma complicação de DM, o profissional da saúde deverá prontamente informar o paciente, tomar a conduta necessária e orientar sobre a prevenção de novas lesões e sobre a continuidade do tratamento desta complicação que poderá se dar no grupo ou em outras formas de acesso ao serviço de saúde, como consulta agendada, acolhimento ou encaminhamento para outros serviços de especialidades.
- ♦ No atendimento médico, cada um terá sua receita e protocolos de insumos renovados e, caso necessário, serão realizados os ajustes de dose das medicações. Com a equipe de enfermagem, o indivíduo poderá receber melhores orientações sobre a aplicação da

* insulina, seu armazenamento, retirada ou qualquer outra dúvida que possa aparecer e que seja pertinente.

Monitoramento: Os participantes do grupo serão registrados e acompanhados por meio de tabelas, visando acompanhar a frequência no grupo e a evolução da doença, por meio da transcrição dos resultados dos exames e das avaliações complementares e das respectivas datas na planilha. Aqueles que não comparecerem no dia estabelecido para seu grupo, deverão ser convocados a participarem das atividades no mês seguinte.

RESULTADOS ESPERADOS

Após a implantação do grupo para diabéticos insulino dependentes, espera-se a obtenção de um maior vínculo com o sistema de saúde e de um maior acesso para que estes pacientes possam ser ouvidos e atendidos de forma mais fácil e regular. Desta forma, estas pessoas poderão traçar, em conjunto com a equipe da UBS, estratégias terapêuticas mais individualizadas, que apresentarão um funcionamento mais eficaz. Os pacientes terão, também, um acompanhamento mais próximo, garantindo a frequência necessária para a realização das avaliações periódicas, sem depender das variações que podem ocorrer na agenda da equipe. Isso permitirá a detecção precoce de pacientes com dificuldade de controle da doença, facilitando uma intervenção precoce.

Com as atividades educativas e trocas de experiências do grupo, espera-se uma maior adesão às mudanças de estilo de vida mais saudáveis e uma promoção de saúde.

Finalmente, com o melhor controle da doença, pretende-se uma diminuição de complicações, mortes e desfechos negativos para essa população, em virtude de um acompanhamento inadequado da diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

CIDADE DE SÃO PAULO. **Mortalidade no município de São Paulo**. 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/mortalidade/index.php?p=6529>. Acesso em: 06 jan. 2022.

INZUCCHI, S. E.; LUPSA, B. **Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 06 jan. 2022.

PIMAZONI NETTO, A. et al. Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 45, n. 1, p. 31-48, fev., 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. **Boletim ISA Capital 2015**, nº 7, 2017: Prevalência de Diabetes. CEInfo, 2017. 27 p.

SMSSP- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Cuidando de todos: DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde (APS)**. São Paulo. 2020. 27p.

WEXLER, D. J. et al. **Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus**. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-general-medical-care-in-nonpregnant-adults-with-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20complications&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 06 jan. 2022. Acesso em: 06 jan. 2022.