



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

THIAGO HENRIQUE REVERSI DE OLIVEIRA

PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DO USUÁRIO
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO II NA USF TARCÍSIO BARINI, EM
GUAÍRA - SP

SÃO PAULO
2020

THIAGO HENRIQUE REVERSI DE OLIVEIRA

PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DO USUÁRIO
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO II NA USF TARCÍSIO BARINI, EM
GUAÍRA - 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: VERA DIB ZAMBON

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Diabetes Mellitus tipo II (DM2) é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. Responde por um distúrbio metabólico de múltiplas etiologias, caracterizado por hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da ação da insulina. O tratamento inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas, visando estabelecer o equilíbrio do metabolismo. O objetivo geral deste estudo é implementar ações individuais, interdisciplinares e ações coletivas visando melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos usuários portadores de DM2, de modo a prevenir complicações micro e macrovasculares. A decisão de se trabalhar com o grupo de diabéticos se deu a partir de um levantamento epidemiológico na USF Tarcísio Barini, que evidenciou uma parcela dessa população muito acima da média nacional. A busca do arcabouço teórico foi realizada nas bases de dados PubMed e na literatura que contempla as diretrizes do Ministério da Saúde. Estão sendo implementadas medidas para ampliação da adesão dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a partir de 3 pilares: consultas interdisciplinares, grupo motivacional e planejamento de sugestão alimentar. Dessa forma, esperamos observar a ampliação dos diabéticos ao tratamento, de modo a fazer com que eles sejam corresponsáveis no controle do DM2, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida desses pacientes.

Palavra-chave

Doença Crônica. Complicações Diabéticas. Autocuidado. Promoção da Saúde. Adesão ao Tratamento. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O presente estudo discutirá a implantação de um Projeto de Saúde no Território a fim de melhorar a adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II (DM2) de pacientes atendidos pela Equipe de Saúde da Família da USF Tarcísio Barini, na cidade de Guaíra -SP.

O município de Guaíra possui 42.480 habitantes (IBGE, 2015), localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, tendo como referência o município de Barretos-SP. Possui uma área 1.258,476 Km², com densidade demográfica de 33,76 hab./Km². Possui IDH de 0,753, considerado alto (PNUD/2010). A fonte de renda dos moradores divide-se entre a área agrícola, pecuária, comércio, prestação de serviços e indústria, com destaque principalmente para as três usinas sucroalcooleiras estabelecidas no município (PNUD/2013). Entre os estabelecimentos de saúde da cidade, 10 são públicos municipais e 23 são estabelecimentos privados, entre eles clínicas e consultórios particulares.

O projeto está sendo desenvolvido na USF Tarcísio Barini, localizada na área urbana central desta cidade que abrange duas áreas, sendo uma com 4.046 habitantes, dispostos em 6 microáreas com ACS e outra área com 2.500 habitantes, sem ACS, perfazendo um total de 6.546 habitantes (até janeiro/2020).

No início do meu trabalho no Programa Mais Médicos para o Brasil, procurei fazer um estudo epidemiológico das principais comorbidades que acometiam a população adscrita. Sendo assim, busquei nos bancos de dados dos ACS - conforme tabela abaixo (tabela 1), a partir de cadastros individuais e dos números levantados em consultas diárias (dados levantados de janeiro de 2019 a janeiro de 2020), o respaldo para o meu projeto. Observei que o número de comorbidades crônicas, de certa forma, correspondiam ao esperado pelo Ministério da Saúde, com exceção ao grupo de diabéticos, cuja porcentagem encontrava-se acima da média (16% em detrimento dos 7% de média nacional), correspondendo a 345 casos de diabéticos não insulino-dependentes e 96 casos de diabéticos insulino-dependentes em seguimento comigo até o momento, porém há um total de 981 pacientes diabéticos contabilizando as duas áreas atendidas e considerando insulino, não insulino-dependente e gestantes. A partir desses levantamentos, venho tentando traçar ações previstas nas políticas públicas que têm por finalidade ir ao encontro de grande parcela da população, em especial, estratégias para o cuidado do portador de DM2, que responde por uma parcela significativa da minha população adscrita.

Tabela 1 - Levantamento de dados a partir da ficha cadastral dos ACS

MICROÁREAS	TOTAL DE HAB. DE CADA ÁREA	NÚMERO DE HIPERTENSOS	NÚMERO DE DIABÉTICOS	NÚMERO DE GESTANTES	NÚMERO DE ALCOÓLATRAS	NÚMERO DE ACAMADADOS	NÚMERO DE PORTADORES DE HIV	NÚMERO DE PORTADORES DE ALZHEIMER
Microárea 1	619	107	40	0	0	1	0	2
Microárea 2	600	133	55	1	0	4	0	3
Microárea 3	704	102	29	1	3	3	1	2
Microárea 4	787	110	36	3	7	1	8	2
Microárea 5	817	73	20	0	0	1	0	0
Microárea 6	519	81	20	2	3	1	1	3
Total	4.046	606	200	7	13	11	10	11

Fonte de dados: ficha cadastral dos ACS.

Desta forma, a proposta de atenção especial aos diabéticos, a partir de um grupo de apoio e de educação continuada em saúde, foi levantada devido a esse grande número de pacientes portadores dessa comorbidade e devido ao difícil controle de pacientes insulino-dependentes. Apesar de todo cuidado atualmente oferecido a essa população pela equipe da UBS, ainda assim temos um número expressivo de casos com má adesão ao tratamento, que serão trabalhados no grupo e apresentados nos resultados desse estudo.

A proposta foi discutida em reunião com os ACS e demais profissionais da Equipe da Unidade, que acolheram a ideia e se responsabilizaram pelo projeto. Sendo assim, desde minha admissão na Unidade, venho desenvolvendo orientações individualizadas com relação às mudanças de estilo de vida e planejamento alimentar, o que vem possibilitando desmame de insulina e o controle glicêmico desses pacientes, que respondem atualmente por 345 casos de diabéticos não insulino-dependentes e 96 casos de diabéticos insulino-dependentes em seguimento periódico. Os casos que são acompanhados exclusivamente com especialista (endocrinologista) não estão sendo computados (pacientes estratificados como grau 4 de Severidade das Condições Crônicas de acordo com a proposta de Mendes). Os pacientes que serão acompanhados no grupo são aqueles estratificados em grau 3 de Severidade das Condições crônicas, como mostra o quadro 1, apresentado no estudo da literatura. Essa categoria de severidade é um dos alvos deste estudo, pois corresponde a população com maior dificuldade de controle glicêmico e, portanto, será assistida sob a perspectiva dos 3 pilares citados nas ações, especialmente pelo grupo de diabéticos.

OBJETIVO GERAL

O objetivo do projeto é implementar ações individuais, interdisciplinares e ações coletivas visando melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo II.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sistematizar as consultas individuais visando o acompanhamento clínico e interdisciplinar.
2. Desenvolver orientações a partir de um modelo biopsicossocial, centrado na pessoa, respeitando os recursos oferecidos pelo município e as recomendações do Ministério da Saúde para o paciente diabético.
3. Criar um grupo motivacional para os pacientes diabéticos pré-selecionados e oferecer subsídios para o melhor gerenciamento glicêmico.
4. Monitorar os pacientes envolvidos a partir de tabelas com resultados de cada paciente (acompanhamento da curva glicêmica; HbA1c a cada 3 meses; peso e satisfação do usuário).

ESTUDO DA LITERATURA

Diabetes Mellitus: definição, epidemiologia, suspeita, diagnóstico e tratamento

Definição, epidemiologia e suspeita:

O termo "Diabetes Mellitus" refere-se a um distúrbio metabólico de múltiplas etiologias, caracterizado por hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999).

Trata-se de uma doença crônica e estima-se que em 2010 o diabetes atingia 6,4% da população adulta mundial (20-79 anos) e para 2030 é esperado que essa cifra atingirá 7,7% (DUNCAN, 2013, pag. 905). Uma revisão sistemática mais recente aponta que esses dados possam estar subestimados, principalmente no Brasil, onde sabe-se que a maioria dos diagnósticos de saúde são subnotificados. Tem-se visto um aumento na incidência de diabéticos, principalmente o DM2, pois uma de suas etiologias concentra-se em padrão de estilo de vida desfavorável, seja por uma dieta rica em carboidratos, seja pela falta de atividade física e, conseqüente, menor gasto calórico.

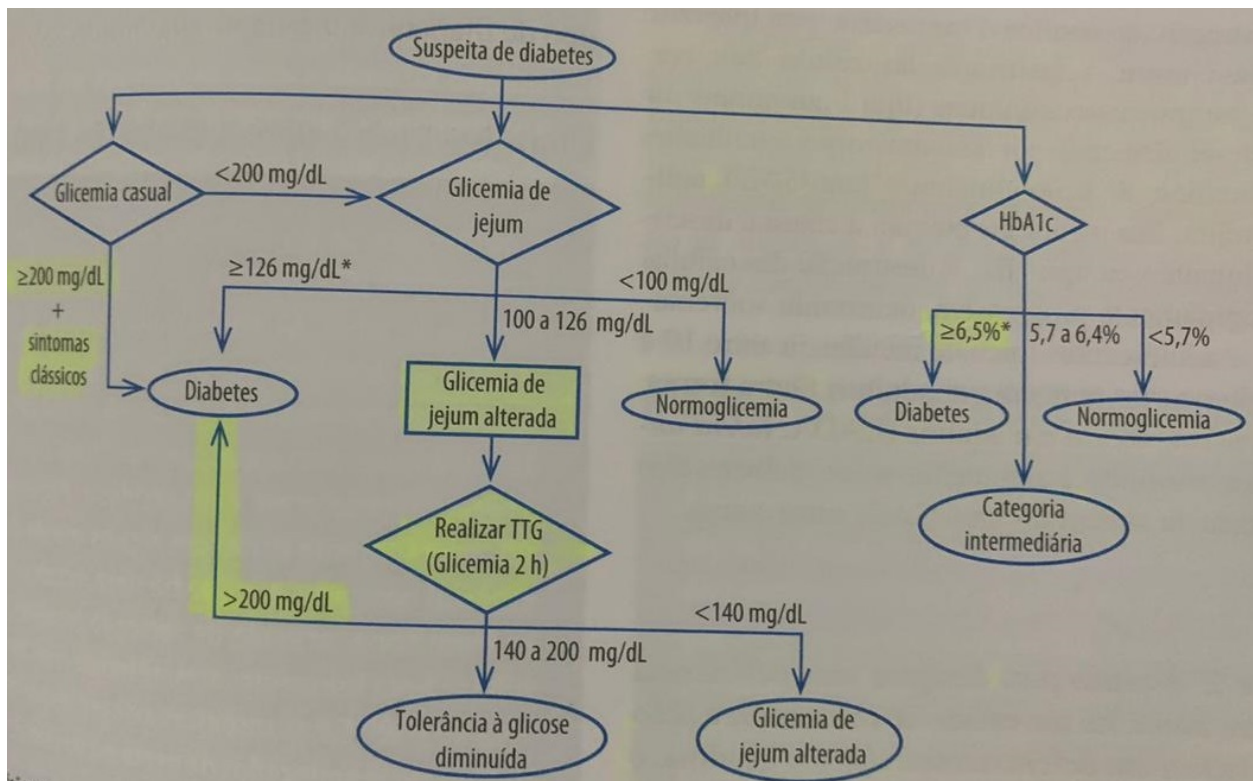
Sob o ponto de vista de saúde pública, o DM2 acarreta um ônus significativo à família e à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (DUNCAN, 2013, pág. 905). O alto custo associado ao cuidado de pessoas com multimorbidades é uma das questões mais urgentes a serem tratadas e resolvidas em todo o mundo. Isso porque a doença é responsável direta ou indiretamente por cerca de 4 milhões de mortes por ano, aproximadamente 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006; DALL *et al.*, 2008). Outro dado digno de nota é sobre a expectativa de vida do diabético que é reduzida em cinco a sete anos em pacientes portadores de DM2.

No Diabetes Mellitus há a dificuldade de ação da insulina (DM2) ou até mesmo a inexistência de sua produção para o organismo (DM1), o que tem como resultado a hiperglicemia. Poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso (os quatro "Ps") são características, levantando imediatamente a suspeita da doença. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No DM2, o início pode ser insidioso e o paciente, na maioria das vezes, não apresenta sintomas, e o diagnóstico é feito pela presença de uma complicação tardia da doença, como neuropatia periférica, retinopatia, doença aterosclerótica, proteinúria, infecções de urina de repetição e etc. Outra forma de se levantar a suspeita é através da presença de fatores de risco, que podem orientar a detecção pelo contexto clínico: excesso de peso (IMC > ou igual a 25kg/m²), idade > ou igual 45 anos ou risco cardiovascular moderado e um dos seguintes fatores de risco: história de pai ou mãe com diabetes; hipertensão arterial; história de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4kg (macrossomia); dislipidemia ou colesterol HDL baixo (< 35mg/dL); exame prévio de HbA1c > ou igual a 5,7% ou glicemia de jejum alterada; obesidade severa e/ou acantose nigricans; síndrome dos ovários policísticos; história de doença cardiovascular; inatividade física.

Diagnóstico:

O diagnóstico de diabetes é estabelecido pela detecção da hiperglicemia, que pode ser mensurada pela glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TOTG) e glico-hemoglobina (HbA1c). A tabela abaixo auxilia no manejo das decisões diagnósticas a partir da suspeita clínica de diabetes.

Tabela 2 - Algoritmo diagnóstico de DM2



Fonte: Duncan, 2013, pag. 907.

Como podemos observar pela tabela, o diagnóstico de DM2 exige confirmação, exceto quando há sintomas clássicos: polidipsia, poliúria, polifagia e/ou perda de peso.

Pessoas com glicemia de jejum alterada (entre 100 e 125mg/dL, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), por apresentarem alta probabilidade de diabetes, podem exigir a avaliação por TOTG. Um glicemia de duas horas após sobrecarga > ou igual a 200mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 a 200mg/dL, de tolerância à glicose diminuída ou intolerância à glicose. Porém, o uso rotineiro de TOTG é menor porque o teste é incômodo ao paciente, pois exige a ingestão de uma solução muito açucarada e pelo fato de o paciente ter que esperar por duas horas para nova aferição de glicemia (após ingestão de 75g de dextrose).

Tratamento e seus componentes - medicamentoso e não medicamentoso:

O tratamento do DM2 tem por objetivo manter os níveis de glicemia em níveis esperados para cada paciente, de forma individualizada. O tratamento de um paciente com multimorbidades também visa manter dentro dos níveis normais as taxas de colesterol total, HDL e LDL, assim como o de triglicérides e também o controle do peso, de modo a manter um IMC entre 20 e 25kg/m² e níveis pressóricos considerados satisfatórios para a idade.

A programação do atendimento na Atenção Primária de Saúde será feita de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do DM2 (DUNCAN, 2013, pag. 911). Sendo assim, é importante definir os mecanismos de atendimento na rede de atenção à saúde para situações como hiper e hipoglicemias agudas, estabilização glicêmica, detecção e tratamento das complicações micro e macrovasculares, monitoramento do pé diabético e seguimento conjunto com cardiologista, endocrinologista e cirurgião vascular,

quando indicado.

A meta estabelecida pela SBD a fim de reduzir as complicações advindas de um descontrole glicêmico é obtida por uma HbA1c < ou igual a 7%. As metas glicêmicas correspondentes são glicemia de jejum (GJ) entre 70 e 130mg/dL e pós-prandial (GPP) abaixo de 180mg/dL. Sendo assim, quando for difícil alcançar HbA1c < 7%, é bom considerar a potencialidade de intervenções não farmacológicas sobre fatores de risco (sedentarismo, alimentação inadequada) (DUNCAN, 2013, pag. 910).

Estudos sobre autocuidado (SAD, 2018) mostram que as dificuldades de adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos podem ser atenuados através de um manejo que prioriza uma comunicação humanizada, em que profissionais de saúde se comunicam com os pacientes através do respeito e consideração por suas condições financeiras e culturais, de modo a incorporar valores da sabedoria popular à científica, objetivando um melhor manejo do DM2.

Dieta:

Dieta com restrição de calorias e redução de carboidratos - especialmente de alto índice glicêmico - tem benefício no controle glicêmico (redução de 0,43% na HbA1c e nos níveis de colesterol HDL. O emprego moderado de adoçantes não calóricos pode ser recomendado mostrou-se seguro, especialmente os adoçantes naturais (a base de stevia, xilitol e sucralose), feitos à base de raízes de plantas.

É importante que o planejamento alimentar seja traçado com apoio do nutricionista, se possível, que ajudará na formulação de um plano alimentar que contemplará um cardápio individualizado para cada paciente, considerando sua realidade financeira e um menu apazível ao seu paladar. A questão da compulsão alimentar poderá ser abordada também conjuntamente com nutricionista, psicólogo e psiquiatra, a fim de estabilização dos níveis glicêmicos.

Atividade física:

A atividade física aumenta a captação de glicose pelo tecido muscular por mecanismos independentes dos mediados pela insulina (DUNCAN, 2013, pag. 912). Além disso, contribuem na redução do peso dos pacientes com sobrepeso e obesidade. Dentre os exercícios, os aeróbios e de resistência reduzem de forma semelhante o nível de HbA1c. As atividades deverão ser avaliadas e autorizadas pelo médico clínico e/ou cardiologista de acordo com a comorbidade apresentada pelo paciente. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda atividades aeróbicas com duração de 150 minutos por semana, ou seja, 30 minutos diários de atividades, sendo que é recomendado um aumento gradual na duração das atividades. Pacientes com claudicação intermitente se beneficiam de caminhadas regulares e progressivas (DUNCAN, 2013, pag. 912).

Os paciente que usam insulina ou antihiperlipemiantes orais requerem cuidados extras para evitar hipoglicemia causada pelo exercício: reduzir a dose de insulina e injetá-la no abdome ou membro inferior menos exercitado e carregar consigo um alimento contendo carboidrato para ser usado em evento hipoglicemia.

Tratamento farmacológico escalonado:

Caso o paciente não alcance a meta glicêmica em 1 a 3 meses com as medidas não farmacológicas, deve-se prescrever metformina (MTF) e continuar as medidas não farmacológicas. A escolha dessa medicação como primeira opção terapêutica deve-se ao seu perfil de segurança a longo prazo, efeito neutro ou até mesmo de redução de peso, ausência de hipoglicemias e sua capacidade de reduzir eventos cardiovasculares (DUNCAN, 2013, pag. 913).

Se as metas não forem atingidas em 3 a 6 meses de uso de metformina, deve-se associar uma sulfonilureia, dentre elas a glibenclamida ou gliclazida, oferecidas pela farmácia popular. As outras opções são: tiazolidinedionas, glinidas, inibidores da alfa-glucosidase intestinal, análogos do glucagon-like peptide - 1 (GLP-1) e inibidores da dipeptidil peptidase IV. A eficácia das diversas outras opções é similar.

A terceira linha no controle glicêmico, após o uso de MTF em associação com uma segunda medicação por 3 a 6 meses, deve ser considerada uma terceira medicação. As classes que podem ser utilizadas nesta etapa são insulinas de ação intermediária (NPH) ou longa (glargina ou detemir), inibidores de alfa-glucosidase intestinal, tiazolidinedionas, análogos do GLP-1 ou inibidores da DPP IV.

Aqueles que não alcançarem a meta em 3 a 6 meses devem iniciar insulinização intensiva, o que é geralmente prescrito por endocrinologista em razão de maior complexidade e maior risco de hipoglicemia.

Tratamento cirúrgico:

A cirurgia bariátrica pode ser considerada para alguns pacientes com DM2 com índice de massa corporal (IMC) > ou igual a 35kg/m², quando for difícil o controle metabólico com mudanças de estilo de vida e tratamento farmacológico.

Estratificação segundo riscos:

Há diversas formas de estratificar e classificar o paciente. Neste estudo, os pacientes foram estratificados segundo os graus de severidade da condição crônica, proposto por Mendes, a partir do quadro 1. A severidade da condição crônica é resultado da complexidade do problema (e sua interferência na qualidade de vida da pessoa) e do risco de ocorrer um evento que causa morbidade ou mortalidade (MENDES, 2012, pag. 42).

Quadro 1 - Graus de Severidade da Condição Crônica

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
Grau 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo• Excesso de peso• Sedentarismo• Uso de álcool
Grau 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco.	<ul style="list-style-type: none">• DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham
Grau 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none">• Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco• Microalbuminúria/proteinúria• Hipertrofia ventricular esquerda• Uso de insulina• DM2 acima da meta glicêmica• HAS acima da meta pressórica
Grau 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatia isquêmica• AVC prévio• Vasculopatia periférica• Retinopatia por DM• ICC classes II, III e IV• Insuficiência renal crônica• Pé diabético/neuropatia periférica

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012).

Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos:

Intervenções de grupais na Atenção Básica, realizadas na promoção do autocuidado às pessoas portadoras de diabetes, podem promover interações benéficas entre os usuários, uma vez que permite a troca de experiências, compreensão de uma dimensão maior do problema e outras vivências positivas evidenciadas pela presença dos fatores terapêuticos (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A tabela abaixo faz parte de um estudo que obteve dados através de uma entrevista semiestruturada, cuja análise permitiu a identificação dos seguintes fatores terapêuticos (FT) – evidenciados na tabela abaixo e suas respectivas porcentagens dentro do estudo.

A oportunidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas que possuem problemas semelhantes amplia a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir mudanças (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Tabela 3 - Distribuição dos FT identificados nas entrevistas, de acordo com os depoimentos de cada Sujeito (S) - Goiânia - 2006-2007

Fatores Terapêuticos / Entrevistas	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Total
Oferecimento de Informação	x	x	x	x	x	x	x	100%
Coesão	x	x	x	x	x	x	x	100%
Universalidade	x	x	x	x	x		x	86%
Desenvolvimento de Técnicas de Socialização	x	x		x			x	57%
Aprendizagem Interpessoal	x		x	x	x			57%
Instilação de Esperança			x				x	28,5%
Altruísmo	x						x	28,5%
Comportamento Imitativo	x				x			28,5%

Fonte: Oliveira, 2009.

AÇÕES

O projeto está sendo desenvolvido sob a perspectiva de 3 grandes pilares, que contemplam medidas para ampliação da adesão dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sendo eles:

Consultas interdisciplinares:

Contemplam a avaliação e seguimento interdisciplinar na Atenção Básica e recursos oferecidos pela cidade:

- 1) Enfermagem, com acompanhamento dos parâmetros clínicos e aferição da circunferência abdominal periódica - durante a triagem das consultas e do grupo motivacional. A periodicidade da avaliação e acompanhamento da enfermagem é sugerido pelo médico que acompanha o paciente, de acordo com os resultados que o paciente vem apresentando.
- 2) Nutrição, com orientações alimentares e sugestão de alimentos com menor índice glicêmico, introdução de fibras em todas refeições do dia, a partir de consultas da nutricionista da Unidade, cuja agenda é própria. Não são todos os paciente que acompanharão com a nutricionista, uma vez que a agenda desta profissional contempla um número limitado de consultas por semana. Sendo assim, o médico clínico traça um planejamento alimentar para o paciente, com uma dieta orientada para o paciente diabético. O paciente que tem dificuldades em acompanhar esta sugestão de planejamento é encaminhado à nutricionista, que requer o prontuário do paciente e faz um acompanhamento conjunto com o clínico e os demais profissionais.
- 3) Atividade física, acompanhada pelos profissionais do Centro de Lazer de Guaíra, sendo estas atividades liberadas e indicadas pelo médico clínico geral ou pelo cardiologista;
- 4) Psicologia, com abordagem cognitivo-comportamental a fim de trabalhar a questão da compulsão alimentar e de transtornos mentais comuns, decorrentes do processo de adoecimento e das complicações micro e macrovasculares desta comorbidade. Os pacientes que acompanham com o psicólogo da Unidade são encaminhados pelos médicos clínicos de acordo com a necessidade de seguimento com esse profissional.

Grupo motivacional:

Com reuniões quinzenais, que são realizadas na sala dos agentes comunitários e conta com a presença de 10 a 15 pacientes, escolhidos e agendados pelo médico clínico e equipe de saúde, a partir da prioridade clínica de cada paciente. Antes de adentrarem à sala, os pacientes passam avaliação da enfermagem, em que o enfermeiro afere a pressão arterial, o dextro, o peso e a circunferência abdominal. Os agentes comunitários que estão na Unidade também participam da reunião e procuram transmitir as informações aprendidas durante a reunião para as visitas domiciliares que fazem periodicamente. A reunião tem duração de 1 hora e é dividida da seguinte forma: primeiramente é aberto espaço para que os pacientes levantem questionamentos e para que eles possam compartilhar suas experiências e dificuldades com as mudanças e com a terapia já instaurada em consulta. Posteriormente, levando em consideração as dúvidas dos usuários, é oferecida uma palestra direcionada e interativa sobre a doença e suas complicações. Os minutos finais destinam-se a orientações quanto ao uso da insulina e reforço sobre a importância de mudança de estilo de vida para melhor controle dos níveis glicêmicos, a partir das necessidades do grupo.

Os pacientes vão revezando no grupo, até que todos pacientes previamente selecionados possam comparecer ao menos uma vez ao mês. Não são todos paciente diabéticos que são

selecionados para participar do grupo, apenas aqueles com dificuldade de manejo ambulatorial. Pacientes diabéticos, orientados e com curva glicêmica satisfatória são acompanhados ambulatorialmente a partir das consultas interdisciplinares, de acordo com a necessidade individual de cada paciente.

Planejamento de sugestão alimentar:

O paciente participa de forma ativa de todo o seu processo de reeducação alimentar. O planejamento conta com um modelo de dieta fracionada, com diversas sugestões de pratos para cada refeição do dia, ajustadas de acordo com o paladar e com as condições financeiras de cada paciente. O planejamento alimentar é entregue e orientado pelo médico a todo paciente diabético e portador de sobrepeso/obesidade. Os ajustes serão feitos posteriormente pelo nutricionista, caso o médico clínico considere necessário ou caso o paciente assim deseje. Está sendo criado um grupo de whats app para o compartilhamento de informações relacionadas ao diabetes e de sugestões de vida saudável, inclusive por parte dos próprios pacientes.

O projeto será monitorado pelos profissionais envolvidos a partir de tabelas com resultados de cada paciente (acompanhamento da curva glicêmica; HbA1c a cada 3 meses; peso e satisfação do usuário). A cada reunião do grupo motivacional, os dados vão sendo preenchidos em uma tabela para posterior efeito comparativo. Através dessa tabela acompanhamos os resultados de cada paciente. Se boa evolução através de suas curvas de satisfação e resultados, o paciente recebe alta do grupo e é acompanhado ambulatorialmente na Unidade de Saúde.

Esta proposta de intervenção se fundamentou em alguns passos preconizados no módulo de Promoção da Saúde do Adulto e Prevenção de Doenças Crônicas (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2013), que contempla as diretrizes do Ministério da Saúde.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES

Consultas interdisciplinares: encontra-se em andamento desde o início das minhas atividades no PMMB - janeiro, 2019.

Grupo motivacional: encontra-se em andamento desde dezembro de 2019, com reuniões quinzenais.

Planejamento de sugestão alimentar: encontra-se em andamento desde o início das minhas atividades no PMMB - janeiro, 2019.

Grupo interativo (whats app): previsão de início para março de 2020.

RESULTADOS ESPERADOS

Durante as consultas médicas, podemos observar que os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II têm muitas dúvidas e anseios com relação a doença. Sendo assim, a partir do grupo e de uma abordagem multidisciplinar, podemos complementar as orientações fornecidas aos pacientes durante as consultas, sanar melhor as dúvidas e integrar o tratamento à realidade financeira e cultural do paciente.

Um dos resultados esperados é implementar o autocuidado apoiado colaborando para os que usuários tornem-se protagonistas de seu cuidado em saúde.

Esperamos melhor controle glicêmico a partir do monitoramento domiciliar e do acompanhamento periódico dos pacientes que serão assistidos pelo grupo, a partir do acompanhamento da curva glicêmica; hemoglobina glicada a cada 3 meses e perda ponderal com manutenção de massa magra, que serão os critérios de acompanhamento dos pacientes assistidos pelo grupo de DM2.

Esses resultados podem ser acompanhados no exemplo abaixo (Grupo 1), que conta com 13 pacientes. Como podemos observar, com exceção de 1 paciente, em todos os demais podemos observar perda ponderal e redução significativa da circunferência abdominal em 1 mês. Fazemos a dosagem trimestral da HbA1c desses pacientes com o objetivo de que ela se encontre dentro da meta terapêutica (HbA1c < = 7,0%). Avaliamos e acompanhamos a função renal desses pacientes através da proteinúria de 24h, dosada para todos os pacientes com DM2. A curva glicêmica nos dá um parâmetro para ajuste e correção da dose de insulina. E como podemos observar, todos os pacientes do G1 mostraram-se plenamente satisfeitos (PS) com o grupo e resultados obtidos.

Os resultados são registrados em tabelas para fins comparativos de evolução com as iniciais de cada paciente, a fim de preservar sua identidade neste estudo. O monitoramento dos pacientes assistidos pelo grupo encontra-se em andamento.

Tabela 4 - Resultados de cada paciente com os critérios de acompanhamento pré-estabelecidos referentes ao encontro do dia 04/02/2020

****	Nome	IDD	SEXO	Grupo	Data	CID	Peso/ IMC	CA	Dextro	PA	HbA1c	P24h	Dose insulina (NPH)	AHO	Curva glicêmica	Endocrinologia	Satisfação do usuário
1	G. A. S. R	56	F	1	04/02/20	E10, I10	91/ 33,42	100	168	12x7	12,2% (02/12/19)	81	0-0-10	Sim	138-171	Não	PS
2	C. R. P	57	M	1	04/02/20	E10.5, I10, N18 E3aA2	106/ 36,67	110	138	14x8	8,6% (14/11/19)	195	35-0-25	Sim	104-164	Não	PS
3	J. R. G	65	M	1	04/02/20	E10, I10	87/30,1	99	121	11x7	7% (19/07/19)	52	15-0-10	Sim	87-168	Não	PS
4	E. M. Z	61	F	1	04/02/20	E10, I10, I25, E780	105/38,46	110	183	11x8	9,1% (15/07/19)	53	20-0-10	Sim	150-192	Não	PS
5	V. D	43	M	1	04/02/20	E10, E780	137/44,73	136	368	17x8	13% (10/12/19)	449	35-0-22	Sim	198-381	Não	PS
6	D. S. S. F	47	F	1	04/02/20	E10	93/36,32	103	158	11x7	11,4% (06/06/19)	331	10-0-10	Sim	108-262	Não	PS
7	J. S	71	M	1	04/02/20	E10, I10, E780	104/36,48	109	168	13x8	9% (10/02/2020)	130	35-35-35	Sim	144-196	Sim	PS
8	O.M.S	49	F	1	04/02/20	E10	102/35,29	104	189	11x7	7,4% (10/12/19)	81	15-0-10	Sim	102-189	Não	PS

9	A.R.T	61	M	1	04/02/20	E10	124/42,9	135	232	12x7	11,6% (07/19)	678	20-0-10	Sim	158-262	Não	PS
10	R. A. F	67	M	1	04/02/20	E10	105/38,56	121	189	12x7	9,6% (01/2020)	726	Lt (07-0-07) e HI (07-07-07)	Sim	186-254	Sim	PS
11	R. Q. O. B	58	F	1	04/02/20	E11, E780	80/31,25	91	102	10x6	5,8% (12/2019)	74	não	Sim	75-140	Não	PS
12	D. G	54	F	1	04/02/20	E11	86/35,79	96	134	10x6	6,7% (12/2019)	56	não	Sim	95-132	Não	PS
13	E. A. O	48	M	1	04/02/20	I10, E11	83/28,71	88	192	15x9	Aguardo	Ag.	não	Sim	203-269	Não	PS
----	Encaixe	----	----	1	04/02/20	----	----	----	----	---	-----	----	----	----	-----	-----	----

Tabela 5 - Resultados de cada paciente com os critérios de acompanhamento pré-estabelecidos referentes ao encontro do dia 03/03/2020

****	Nome	IDD	SEXO	Grupo	Data	CID	Peso/ IMC	CA	Dextro	PA	HbA1c	P24h (mg/24h)	Dose insulina (NPH)	AHO	Curva glicêmica	Endocrinologia	Satisfação do usuário
1	G. A. S. R	56	F	1	03/03/20	E10, I10	88/ 32,32	98	140	12x8	Aguardo nova dosagem	81	0-0-10	Sim	128-168	Não	PS
2	C. R. P	57	M	1	03/03/20	E10.5, I10, N18 E3aA2	102/ 35,29	108	121	13x8	Aguardo nova dosagem	195	35-0-25	Sim	98-154	Não	PS
3	J. R. G	65	M	1	03/03/20	E10, I10	84/29,06	97	104	12x7	Aguardo nova dosagem	52	15-0-0	Sim	79-141	Não	PS
4	E. M. Z	61	F	1	03/03/20	E10, I10, I25, E780	104/38,16	109	174	11x8	Aguardo nova dosagem	53	20-0-10	Sim	130-179	Não	PS
5	V. D	43	M	1	03/03/20	E10, E780	134/43,75	131	298	15x8	Aguardo nova dosagem	449	30-0-20	Sim	147-356	Não	PS
6	D. S. S. F	47	F	1	03/03/20	E10	92/35,93	102	164	12x7	Aguardo nova dosagem	331	10-0-0	Sim	87-221	Não	PS
7	J. S	71	M	1	03/03/20	E10, I10, E780	105/36,72	110	182	12x8	9% (10/02/2020)	130	35-35-35	Sim	120-186	Sim	PS
8	O.M.S	49	F	1	03/03/20	E10	98/33,91	102	156	11x7	Aguardo nova dosagem	81	15-0-10	Sim	98-144	Não	PS
9	A.R.T	61	M	1	03/03/20	E10	124/42,9	131	212	13x7	Aguardo nova dosagem	678	10-0-10	Sim	148-212	Não	PS
10	R. A. F	67	M	1	03/03/20	E10	102/37,46	114	158	12x7	9,6% (01/2020)	726	Lt (07-0-07) e HI (07-07-07)	Sim	156-284	Sim	PS
11	R. Q. O. B	58	F	1	03/03/20	E11, E780	78/30,46	88	98	11x6	Aguardo nova dosagem	74	não	Sim	68-121	Não	PS
12	D. G	54	F	1	03/03/20	E11	80/33,29	90	102	10x6	Aguardo nova dosagem	56	não	Sim	78-142	Não	PS
13	E. A. O	48	M	1	03/03/20	I10, E11	81/28,02	86	182	14x9	Aguardo	Ag.	não	Sim	200-280	Não	PS
----	Encaixe	----	----	1	03/03/20	----	----	----	----	---	-----	----	----	----	-----	-----	----

Legenda/ unidades:

IDD: idade (em anos)

CID: classificação internacional de doenças

CA: circunferência abdominal (centímetros)

Peso (em Kg)

Dextro (em mg/dL)

IMC: índice de massa corpórea (em Kg/m²)

PA: pressão arterial (em mmHg)

HbA1c: hemoglobina glicosilada (em %)

P24h: proteinúria de 24 horas (em mg/24h)

Dose de insulina NPH (em Unidades)

AHO: antihiperlipemizante oral

Curva glicêmica (em mg/dL)

PS: plenamente satisfeitos

REFERÊNCIAS

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências/organizados. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1.952p.

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 à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em

<

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em 17 Mar. 2020.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2882, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar. 2020. Epub Mar 09, 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def> 2015>. Acesso em 17 Mar. 2020.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, June 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.

BORGES, Daiani de Bem; LACERDA, Josimari Telino de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, Jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100162&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. 2013.

EID, Letícia Palota et al. Factors related to self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180046, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar. 2020. Epub July 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0046>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes**

mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO; 1999. Disponível em

<

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=>. Acesso em 17 Mar. 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes: 2011. **Diabetes Care.** 2011; 34 Suppl 1: S11-61. Disponível em

<https://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11>. Acesso em 17 Mar. 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes: 2012. **Diabetes Care.** 2012; 35 Suppl 1: S11-63. Disponível em

<https://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11>. Acesso em 17 Mar. 2020.

BRAND-MILLER, J et al. Low-glycemic index diets in the management of diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Diabetes Care.** 2003;26(8):2261-7. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12882846>>. Acesso em 17 Mar. 2020.

OLIVEIRA, Nunila Ferreira de et al . Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 43, n. 3, p. 558-565, Sept. 2009 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar.

2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300009>.

CAVALCANTI, Ana Maria. Diabete Melito Tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba, PR: Secretaria Municipal da Saúde, 2010.