



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

SILVANE OLIVEIRA DA SILVA

CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

SÃO PAULO
2020

SILVANE OLIVEIRA DA SILVA

CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

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: LUCIA HELENA FERREIRA VIANA

SÃO PAULO
2020

Resumo

O projeto de intervenção foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sítio da Casa Pintada que está localizada no bairro Vila Jacui, na grande área de São Miguel Paulista, zona leste da cidade de São Paulo. A população adscrita na unidade conta com mais de 30 mil habitantes. A unidade de saúde funciona no modelo tradicional. Os atendimentos são feitos mediante consulta agendada para dois médicos clínicos diariamente. Mediante contabilização parcial dos prontuários feita de dezembro de 2019, os usuários do serviço portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) somam 1265 indivíduos e os portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) somam 691 indivíduos. Tem grupo de Auto Monitoramento Glicêmico (AMG) que teve início há 6 meses liderado pelo farmacêutico, auxiliar de farmácia, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

A maior parte dos atendimentos de minha agenda é de pacientes HAS e/ou DM2. Quando iniciei os trabalhos pude observar através das anotações em prontuário e dos relatos dos próprios pacientes que os atendimentos médicos eram muito ruins. Não havia registros de controle pressórico e glicêmico, acompanhamento dos níveis de hemoglobina glicada, colesterol, triglicerídeos e função renal. Nem mesmo orientação de como tomar os medicamentos ou para quanto tempo agendar retorno. Me deparei com uma população idosa, obesa, sedentária e com disfunções osteomusculoarticulares. Essa situação resultou em uma quantidade considerável de pacientes que têm lesão renal com doença renal crônica (DRC) em estágio 3, ou seja, moderada, e que precisam de tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da doença renal e cardiovascular. Bem como, evitar internações pela descompensação dessas doenças à medida que um bom manejo é feito na unidade básica. E a longo prazo evitar que esses indivíduos evoluam para doença renal que necessite de qualquer tipo de terapia renal substitutiva (TRS). Não é um manejo simples, uma vez que, hipoglicemiantes orais, como a metformina, devem ser imediatamente retirados do plano terapêutico para não agravar a lesão renal. Os pacientes nessa situação demoram algumas meses para entender a proposta, mesmo que repetidas vezes explicada.

Esse estudo busco sensibilizar a equipe para oferecer escuta, sugestão atividades coletivas e acompanhamentos continuado com a equipe multiprofissional.

Palavra-chave

Diabetes. Educação em Saúde. Equipe Multiprofissional.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Sítio da Casa Pintada está localizada no bairro Vila Jacui, na grande área de São Miguel Paulista, zona leste da cidade de São Paulo. A população adscrita na unidade conta com mais de 30 mil habitantes. O bairro possui pavimentação asfáltica, saneamento urbano, coleta de lixo, supermercados, agências bancárias e de serviço postal, Fórum de Justiça, Defensoria Pública e delegacia.

A unidade de saúde funciona no modelo tradicional. Não tem Estratégia Saúde da Família (ESF) nem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os atendimentos são feitos através de consulta agendada para dois médicos clínicos diariamente. Mediante contabilização parcial dos prontuários feita de dezembro de 2019, os usuários do serviço portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) somam 1265 indivíduos e os portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) somam 691 indivíduos. Por hora não há dados atuais sobre a intercessão desses dois grupos, muito menos quantos dos diabéticos são insulina-dependentes. Muito embora, há aproximadamente seis meses iniciou o Grupo de Automonitoramento Glicêmico (AMG) liderado pelo farmacêutico, auxiliar de farmácia, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

A maior parte dos atendimentos de minha agenda é de pacientes HAS e/ou DM2. Quando iniciei os trabalhos pude observar através das anotações em prontuário e dos relatos dos próprios pacientes que os atendimentos médicos insuficientes. Não havia registros de controle pressórico e glicêmico, acompanhamento dos níveis de hemoglobina glicada, colesterol, triglicerídeos e função renal. Nem mesmo orientação de como tomar os medicamentos ou para quanto tempo agendar retorno. Me deparei com uma população idosa, obesa, sedentária e com disfunções osteomusculoarticulares. Essa situação resultou em uma quantidade considerável de pacientes que têm lesão renal com doença renal crônica (DRC) em estágio 3, ou seja, moderada, e que precisam de tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da doença renal e cardiovascular. Bem como, evitar internações pela descompensação dessas doenças à medida que um bom manejo é feito na unidade básica. E a longo prazo evitar que esses indivíduos evoluam para doença renal que necessite de qualquer tipo de terapia renal substitutiva (TRS). Não é um manejo simples, uma vez que, hipoglicemiantes orais, como a metformina, devem ser imediatamente retirados do plano terapêutico para não agravar a lesão renal. Os pacientes nessa situação demoram algumas meses para entender a proposta, mesmo que repetidas vezes explicada.

Apesar da falta de equipe acabei por compartilhar e contagiar alguns profissionais para que trabalharmos juntos: farmacêutico, que faz consultas agendadas, esclarece sobre medicamentos, faz esquemas visuais para o próprio paciente saber o horário de medicações; enfermeira que faz auriculoterapia nos pacientes com queixas osteomusculoarticulares, sono desregulado, depressão; assistente social que intermedia serviços de inclusão e capacitação profissional, assim como, convocar a família para que participe e ajude o idoso que tem dificuldade de autocuidado.

Outra situação preocupante é a quantidade de pacientes com risco de desenvolver DM2. Em menos de sessenta dias diagnostiquei mais de cinquenta indivíduos em estágio pré-diabético. Medidas de prevenção e promoção de saúde precisam ser elaboradas para evitar os agravos. Importante que a equipe toda esteja alinhada para estabelecer metas de cuidados a serem propostas para estes pacientes a fim de que permaneçam com qualidade

de vida.

ESTUDO DA LITERATURA

Para o surgimento do diabetes mellitus tipo 2 é essencial que a secreção anormal de insulina e a resistência à insulina estejam presentes. A doença é multifatorial, pois além da predisposição genética os fatores ambientais como a dieta alimentar, obesidade e atividade física modulam a suscetibilidade.

No DM 2 a secreção da insulina está diminuída além de ter menor capacidade de ação efetiva sobre os tecidos alvo, especialmente músculo, fígado e tecido adiposo. A obesidade, principalmente visceral ou central, é muito comum nessa doença. No início do distúrbio as células beta pancreáticas realizam uma maior produção de insulina para compensar a resistência. Quando esta progride as ilhotas pancreáticas podem tornar-se incapazes de preservar a insulina em quantidades adequadas. Nesse estágio a glicemia pós-prandial se eleva e logo após a hiperglicemia de jejum pela falência das células beta pancreáticas e pela produção hepática de glicose.

Segundo BRASIL, 2013, adota-se os mesmos critérios da Associação Americana de Diabetes (2010) para rastreamento de adultos assintomáticos: o excesso de peso (índice de massa corporal >25), história de pai ou mãe com diabetes, hipertensão arterial, história de diabetes gestacional ou de recém nascido com mais de 4kg, dislipidemia, exame prévio glicemia de jejum ou tolerância à glicose alterada bem como hemoglobina glicada prévia em estágio pré-diabético, síndrome dos ovários policísticos, doença cardiovascular, sedentarismo ou idade maior ou igual a 45 anos.

O Ministério da Saúde recomenda que a consulta de rastreamento seja realizada pelo enfermeiro da UBS e posteriormente encaminhados para o médico os casos suspeitos a fim de confirmar o diagnóstico.

Embora existam sinais e sintomas que sugerem a suspeita de DM2, como a poliúria, polifagia, perda de peso e polidipsia, o início da doença pode ser assintomático.

O diagnóstico pode ser feito através de quatro tipos de exames: glicemia de jejum >126mg/dl; ou teste de tolerância oral à glicose com sobrecarga de 75g após 2 horas > 200 mg/dl; glicemia a qualquer hora do dia > 200 mg/dl ou hemoglobina glicada igual ou maior a 6,5%.

A longo prazo a hemoglobina glicada é o parâmetro para avaliar o controle glicêmico, pois reflete os últimos três meses de tratamento adequado ou inadequado. Segundo a Sociedade Americana de Diabetes (2013) a meta é alcançar uma hemoglobina glicada <7%.

O tratamento para DM2 consiste em mudanças do estilo de vida mantendo uma alimentação adequada, controle do peso corporal, atividade física regular, evitar etilismo e tabagismo. Acrescido de hipoglicemiantes orais e insulina basal, conforme a progressão da doença.

O hipoglicemiante oral de primeira escolha é a metformina. Ela ajuda a reduzir peso corporal e eventos vasculares, aumenta a captação da glicose, reduz a glicemia favorecendo a utilização da glicose pela musculatura esquelética.

Para os indivíduos que não atingiram o controle glicêmico em monoterapia, o segundo fármaco pode ser associado. As sulfoniureias, como a glicazida e a glibenclâmida, estimulam

a secreção de insulina nas células beta e reduzem o nível plasmático de glicose.

A lesão renal é uma das muitas complicações do DM2 e está relacionada a alterações hemodinâmicas da microcirculação renal e alterações estruturais no glomérulo. A terapia para a nefropatia diabética é o controle glicêmico e pressórico combinado com restrição moderada do consumo de proteínas.

AÇÕES

As ações que precisam ser fortalecidas e implantadas:

- ♦ Orientar todos os pacientes, independente da idade, a não consumirem açúcar refinado;
- ♦ Incentivar os idosos a participarem das caminhadas;
- ♦ Mobilizar a equipe a pesar os pacientes, uma vez que eles só são pesados nas consultas médicas;
- ♦ Escrever a prescrição de forma legível e clara;
- ♦ Fixar no receituário as metas que devem ser atingidas para os próximos meses, por exemplo: meta para 6 meses é perder 4 quilos. Assim, o paciente se torna mais responsável e ativo no plano terapêutico uma vez que será cobrado a mostrar resultados.
- ♦ Orientações sobre estados de hiper/hipoglicemia e como proceder em cada um deles
- ♦ Estabelecer mais vínculo entre os pacientes e a equipe de enfermagem, uma vez que eles julgam ser importante consultar apenas com o médico e a equipe está mais centrada em puericultura e pré-natal.
- ♦ Diminuir o intervalo de consultas para pacientes com doença renal e história de nefrolitíase ou infecção urinária de repetição

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados se dividem em dois eixos: aqueles relacionados à equipe multiprofissional e os relacionados ao paciente. Sem os quais não há um trabalho efetivo.

É importante o alinhamento de todos os profissionais que fazem atendimento tanto dos casos de diabetes já confirmados quanto daqueles que precisam de investigação clínica. Educação em saúde continuada, atualização de rotinas e fluxos, compartilhamento de saberes, discussão de casos com horários programados e observação das demandas imediatas e reprimidas daqueles que procuram o serviço de saúde. Principalmente estimulando as populações mais jovens, inclusive crianças, a terem preocupação com seus hábitos de vida. Participação de atividades físicas ao ar livre incentivando socialização e abandono do sedentarismo.

O principal objetivo é que a equipe esteja disposta, engajada e estimulada a fazer parte ativa da promoção de saúde e prevenção de agravos contribuindo para a diminuição dos impactos nos sistema e na sociedade. Sempre reforçando e elogiando comportamentos adequados, estabelecendo metas realistas, identificando dificuldades e estabelecendo juntos metas para superá-las.

Os resultados esperados para os pacientes são a adesão ao estilo de vida saudável e mudança de hábito em relação ao consumo de determinados alimentos e refrigerantes, diminuição das taxas de hospitalizações, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores. Assiduidade nos agendamentos na unidade de saúde para além da consulta médica. Educação nutricional para que escolham bem os alimentos consumidos por toda a família optando por fontes saudáveis e eliminação de processados. Inclusão de cereais integrais na dieta. Diminuição e manutenção do peso corporal, compromisso em alcançar hemoglobina glicada menor ou igual a 7. Inclusão da família no processo ativo de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Editora MS: Brasília, 2013.

JAMESON, J. Larry et al. *Medicina Interna de Harrison*. 20 ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.