



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Danielle Bernardes Nakano

Programa de conscientização de pacientes sobre a
importância do tratamento não medicamentoso no
Diabetes Mellitus II, na unidade Vila Gaúcha, no
município de Bagé, RS

Florianópolis, Janeiro de 2023

Danielle Bernardes Nakano

Programa de conscientização de pacientes sobre a importância do tratamento não medicamentoso no Diabetes Mellitus II, na unidade Vila Gaúcha, no município de Bagé, 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: Bianca Bittencourt de Souza
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Danielle Bernardes Nakano

Programa de conscientização de pacientes sobre a importância do tratamento não medicamentoso no Diabetes Mellitus II, na unidade Vila Gaúcha, no município de Bagé, 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. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Bianca Bittencourt de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

O termo Diabetes Mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos na secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e habitualmente está associado a dislipidemia, HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares resultantes de defeitos na secreção e/ou da ação da insulina. O objetivo desta intervenção é realizar um programa de conscientização de pacientes sobre a importância do tratamento não medicamentoso no DMII, na unidade Vila Gaúcha, no município de Bagé, RS. Os pacientes serão convidados a participar do grupo de intervenção com objetivo de entender e compreender a importância de aderir a ações não medicamentosas no manejo do diabetes tipo 2. Para isto os profissionais da unidade serão os facilitadores do grupo, que contará com psicólogo, fisioterapeuta, 2 nutricionistas, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem e médico. O grupo de intervenção terá encontros quinzenais a serem realizados na unidade de saúde. Espera-se melhorar os conhecimentos da população que fará parte dos grupos de intervenção sobre as possibilidades não medicamentosas para o manejo do Diabetes II e com isso melhorar o controle da doença e a qualidade de vida dos participantes. Também espera-se uma redução do uso das medicações de controle, uma vez que o estilo de vida pode atuar melhorando o estado de saúde dos indivíduos e repercutindo no uso das medicações. Também almeja-se que os participantes da intervenção sejam mais ativos fisicamente com as atividades propostas para isto. Outro resultado secundário é a melhora do controle de peso através do acompanhamento multiprofissional e como consequência melhorar os níveis de insulina e melhor controle da doença

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde, Comorbidade, Diabetes Mellitus

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

O município de Bagé, localizado no estado do Rio Grande do Sul que segundo as estimativas do IBGE, atualmente tem uma população de 116.794 pessoas. A unidade de saúde possui em sua área de abrangência 5.000 pessoas adscritas. Observando os dados registrados em E-SUS 2017, observa-se que a distribuição por faixa etária na comunidade é de 1.300 crianças e adolescentes (0-19 anos); 2.800 adultos (20-59 anos); 900 idosos (com 60 nos ou mais). A comunidade possui uma comissão que debate e decide as melhorias a serem feitas a população através de reuniões e debates com a presidente do bairro e demais interessados que queiram participar, já que a reunião é aberta a toda comunidade. Quando necessário, também tomam parte de algumas decisões dentro da unidade de saúde, visto que é uma comunidade muito tranquila, disposta a colaborar e trabalhar para a melhoria, tendo em vista o bem comum. A comunidade da vila gaúcha é uma das mais antigas dentro da cidade de Bagé. A associação do bairro foi fundada no ano de 1982 pelos moradores mais antigos da comunidade.

Três anos depois de fundada a associação, os moradores se organizaram e inauguraram uma unidade ambulatorial, em 1985, somente para atendimento médico. O até então ambulatório era de responsabilidade da própria comunidade a qual limpava e cuidava da estrutura do local, tendo formado uma parceria com a prefeitura para receber o atendimento médico necessário. Por se tratar de uma comunidade com pessoas alegres e geralmente bem humoradas, os moradores gostam de ressaltar que possuem desde 1984 um bloco carnavalesco inicialmente chamado avestruz, o qual juntou-se anos mais tarde ao bairro Stand, dando começo ao bloco Stangucha que promove atividade durante o ano todo. Em 2000, com a troca de governo, o ambulatório médico passou a ter mais atenção do município a pedido da própria comunidade, foi quando formou-se a ESF, contando com uma equipe de profissionais de saúde com enfermeiro, técnico em enfermagem, odontólogo e médico. Ao longo dos anos a ESF recebeu várias melhorias não só na estrutura da equipe como na estrutura física, obtendo assim um acolhimento e atendimento que vem gerando, diariamente a satisfação da comunidade.

A comunidade abrangida pela área da UBS possui uma renda média aproximada de um salário mínimo. Muitos são beneficiados pelos programas sociais como: bolsa família, bolsa escola, vale gás, entre outros. O município oferece escolas de ensino infantil e fundamental, também creches, bem como creches noturnas, para que os pais tenham possibilidades de frequentarem a escola. A maioria dos postos de saúde tem como horário de funcionamento: segundas as sextas de 7:30 as 12:00 e 13:30 a 17:00, além da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 hs. As principais vulnerabilidades no território, no que diz respeito às atividades profissionais dos usuários do sistema de saúde no município: dificuldades diárias para interconsultas com diferentes especialistas, não somente pela falta

dos mesmos, senão que também pela demora no atendimento em algumas especialidades, como, por exemplo, traumatologia (que na atualidade já não está na lista de especialistas oferecidos pela rede sus no município) .

Por outro lado, ressalto a falta de alguns medicamentos como a pomada para curativos (dersane), lidocaína geleia, e em meu caso particular um otoscópio (que já foi providenciado). No diagnóstico social da realidade nao existem áreas descobertas pelo atendimento do sistema de saúde. A população em sua maioria não se enquadra debaixo da linha de pobreza, eles possuem espaços (agricultura familiar), de onde extraem tanto alimentação própria, como para geração de renda. Existem também muitos que trabalham "na campanha"(campo) e utilizam as unidades de saúde quando estao na comunidade.

Existe moBilização comercial, principalmente na área agrícola e há aumento pela busca de mão de obra especializada de maneira crescente devido à construção da nova usina hidrelétrica da Cidade de Candiota próxima à cidade de Bagé. No caso de minha comunidade em particular, encontra-se grande dificuldade de que as gestantes participem dos grupos, já os hipertensos e diabéticos frequentam, porque sabem que as receitas serão trocadas somente nos hiperdias, salvo exceções (acamados e impossibilitados por outras causas). Há também uma alta taxas de pacientes em uso de medicamentos psiquiátricos como benzodiazepínicos e antidepressivos em geral, realidade que tenho conseguido mudar ao longo desse ano de trabalho. A unidade recebe a equipe do NASF quinzenalmente para os grupos de gestantes e hipertensos e diabéticos.

A equipe atende além que da população em geral, gestantes, puérperas, crianças e idosos. As gestantes e puérperas possuem consulta compartilhadas médico\enfermeira, (as quartas-feiras), dia especial para elas. Da mesma maneira, as crianças tem atendimento de puericultura todas as sexta-feiras à tarde. Idosos tem atendimento prioritário todos os dias, sendo (4 idosos) por dia, que telefonam no posto um dia antes da consulta, evitando assim, filas de espera. Antes das consultas é feito o acolhimento prévio de todos os pacientes, que posteriormente passa pela técnica com aferição de pressão e outros signos vitais, após isso a consulta médica, na qual o médico vai em busca do paciente chamando por seu respectivo nome, relevado através do programa E-SUS.

Todas as terças-feiras de cada semana, a partir das 13:30, são realizadas as visitas domiciliares, destinadas a pacientes acamados, idosos e com outras dificuldades de chegar até a unidade básica de saúde, nas visitas participam: médico, técnico em enfermagem e pelo menos uma agente comunitária de saúde. Com respeito ao grupo de Gestantes e de hiperdia há a participação ativa do NASF que, juntamente com a médica de família, tratam de sanar as dúvidas mais frequentes geradas nos debates daquele dia em particular e feitas as devidas orientações e qualquer outra dúvida que possa surgir no decorrer dos debates. Sobre as doenças mais frequentes e prevalentes seguem os seguintes dados: A incidência de diabetes em idosos foi de 10% no ano de 2017 e a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade corresponde a 30% (E-SUS 2017), infecções respira-

tórias altas de origem viral presumível, diarreia e vômitos, alergia, hipertensão arterial descompensada, diabetes descompensado, mães pedem hemogramas para certificar-se de que o filho não está anêmico.

Em sua grande maioria por falta de interesse pela adesão do tratamento não medicamentoso de ditas doenças. Número elevado de diabéticos que não aderem ao tratamento não medicamentoso, O termo Diabetes Mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos na secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e habitualmente está associado a dislipidemia, HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

É estimado que o Brasil passe da oitava posição, com prevalência de 4%, em 2000, para sexta posição, 11,3% em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização no SUS e representam, ainda, mais de metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica. Depois da HAS o DM é a principal doença crônica não transmissível que afeta a maioria da população que acude a ESF diariamente, e o que se percebe é a dificuldade no controle da enfermidade por parte dos pacientes, que em sua maioria entendem a necessidade do tratamento medicamentoso, mas que por outro lado acham totalmente desnecessário o tratamento não medicamentoso, tão indispensável para o correto controle da glicemia e prevenção de complicações.

A finalidade da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção com fortalecimento do autocuidado. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia, e com isso, a longo prazo, reduzir a morbimortalidade. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanentemente corresponsável, de forma que os pacientes realmente entendam sua patologia e a importância do tratamento medicamentoso e principalmente o não medicamentoso que constitui 50 % do tratamento total para esta condição.

Os grupos de hiperdia tem fluxo, com o apoio do NASF, tratamos de trabalhar com grande esforço, porém com os controles em consultório, nota-se a falta de adesão ao tratamento não medicamentoso e a real falta de interesse dos pacientes que acreditam que somente os medicamentos ou a insulina são mais que suficientes. Em conversa no consultório até nota-se o interesse em melhorar sua dieta e qualidade de vida, porém o paciente

entra em um círculo vicioso, pois muitas vezes não há apoio por parte dos familiares que não padecendo da mesma enfermidade não ajudam tampouco a esse paciente. Nossa ideia é trabalhar de maneira mais gráfica e dinâmica, para a conscientização dos pacientes com esta doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Programa de conscientização de pacientes sobre a importância do tratamento não medicamentoso no DMII, na unidade Vila Gaúcha, no município de Bagé, RS.

2.2 Objetivos Específicos

- . Fazer com que entendam através de depoimentos dos próprios pacientes que frequentam o grupo ou vídeos, o impacto do tratamento não medicamentoso no DMII.
- . Realizar caminhadas, alongamentos, meditação em corresponsabilidade com os profissionais do NASF para o abandono do sedentarismo.
- . Atentar para aciduidade do grupo, fazendo com que proponham os temas a serem discutidos a fim de que se interessem pelo mesmo e seja feita uma correta educação em saúde.

3 Revisão da Literatura

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica relacionada aos transtornos do metabolismo dos carboidratos, mais especificamente é uma alteração da secreção da insulina e graus variáveis de resistência periférica à insulina que provoca hiperglicemia. Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (BRASIL, 2018).

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Os sintomas iniciais se relacionam com hiperglicemia e incluem polidipsia, poliúria e polifagia. Dentre as complicações tardias cita-se: a retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, doença macrovascular e maior predisposição à infecções. Em relação aos determinantes os genéticos a literatura aponta uma relação clara, evidenciado pela alta prevalência da doença em certos grupos étnicos (especialmente índios americanos, hispanos e asiáticos) também em familiares de pessoas com a doença, no entanto ainda não foram identificados gens responsáveis das formas mais comuns do DM tipo 2. Além disso, outros fatores são importantes no desenvolvimento da doença como a obesidade e o ganho de peso impactando na resistência à insulina desencadeando o DM 2 (BEERS, 2010, p. 1392)

Aplica-se o termo pré-diabetes àqueles indivíduos com glicemia de jejum alterada (GJA) e/ou tolerância à glicose diminuída (TGD). Define-se GJA valores de glicemia em jejum mais elevados do que o valor de referência normal, porém inferiores aos níveis diagnósticos de DM: GJ entre 100 e 125 mg/dL. Embora a Organização Mundial de Saúde ainda não tenha adotado esse critério, tanto a Sociedade Brasileira de Diabetes assim como a Academia Americana de Diabetes já utilizam tal ponto de corte (GJ normal até 99 mg/dL). Já a TGD é caracterizada por uma alteração na regulação da glicose no estado pós-sobrecarga (TOTG: teste oral de tolerância à glicose com 75 g de dextrosol). Níveis glicêmicos 2 horas após o TOTG entre 140 e 199 mg/dL definem a TGD. Recentemente a ADA (American Diabetes Association) incluiu como critério de diagnóstico para Pré-DM a HbA1c entre 5,7 e 6,4 %. Vale ressaltar que estes pontos de corte só podem ser utilizados

caso a metodologia utilizada para aferição da hemoglobina glicada seja a cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou outro método certificado pelo NGSP – National Glycohemoglobin Standardization Program. Além disso devemos salientar que faz-se necessário sempre a repetição do teste diagnóstico para confirmar a condição de pré-DM. O método de escolha para a aferição da glicemia é a mensuração plasmática. Coleta-se o sangue num tubo com fluoreto de sódio, centrifugado, com separação do plasma, que deverá ser congelado para uma posterior utilização. A glicemia de jejum deve ser realizada pela manhã, após jejum de apenas 8 horas. A realização do TOTG deve obedecer a alguns pré-requisitos: jejum entre 10 e 16 horas; ingestão de um mínimo de 150 gramas de carboidrato nos 3 dias que antecedem a realização do teste; atividade física habitual; comunicar a presença de infecções ou medicações que possam interferir no resultado do teste; utilização de 1,75 g de glicose (dextrosol) por quilograma de peso até o máximo de 75 gramas (RIBEIRO, 2006).

Uma vez diagnosticados o tratamento inclui dieta específica, exercícios físicos e medicamentosa (quando necessário). Dentre as orientações para uso de medicação que diminuam as concentrações de glicose, incluem a insulina e fármacos hipoglicemiantes orais e o prognóstico varia de acordo segundo o nível do controle da glicose. A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observa-se no Brasil processos de transição que tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. Assim, as DCNT, incluindo o DM, passaram a determinar no país a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar (BRASIL, 2008).

No Brasil, dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico (vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com esse gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que tem até 8 anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50%. O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com maior de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com (6,3%). Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%). É estimado que o Brasil passe da 8°

posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (PINTO; ISER, 2015) (FLOR; CAMPOS, 2017).

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência os Cadernos de atenção básica que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o Diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade. Este Caderno de Atenção Básica traz o protocolo atualizado baseado em evidências científicas mundiais, dirigido aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das equipes Saúde da Família, que poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população. (BRASIL, 2018)

Considerando a elevada carga de morbi-mortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. Este manual apresenta recomendações específicas para o cuidado integral do paciente com diabetes para os vários profissionais da equipe de saúde. No processo, a equipe deve manter papel de coordenador do cuidado dentro do sistema, assegurando

o vínculo paciente-equipe de saúde e implementando atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente e efetividade das ações propostas às intervenções propostas. Além disso, deve procurar reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivam à uma cultura que promove estilos de vida saudáveis. Abaixo encontram-se algumas ações e condutas que devem fazer parte do trabalho de toda a equipe a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu auto-cuidado tenham sido abordados.

- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado. 11CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente.

- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado. Lembrar que educar não é só informar.

- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros.

- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente.

- Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.

- Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os pacientes sobre a forma de prestação desse cuidado continuado.

- Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as

consultas agendadas. • Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências.

- Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos.

- Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde (p.ex., proporção de pacientes diabéticos que realizam hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes/ano.

- Divulgar o conteúdo deste manual entre os outros membros da equipe e entre os pacientes com diabetes que manifestarem interesse.(BRASIL, 2018)

Neste quase um ano e meio, temos encontrado alguns obstáculos para conscientizar o paciente sobre a importância da pandemia do DM, o que ela causa, a importância tanto do tratamento farmacológico quanto não farmacológico. Uma das formas de conseguir trazer estes pacientes aos grupos de hiperdia, foi a troca de receitas nos dias do grupo e mesmo assim, encontramos muita resistência, pois preferem esperar por uma consulta para trocar a receita do que ir ao grupo que esta repleto de profissionais dispostos a trabalhar na educação da população. As políticas públicas, embora tenha suas falhas, tem avançado muito mais do que a população, que percebo, não se interessa em entender sua condição e fazer as mudanças necessárias para melhorar a qualidade de vida e ter uma longevidade com uma vida relativamente saudável. Embora existam e persistam as resistências, seguiremos na busca pela melhora em nosso trabalho, agora com uma nova enfermeira na esf (3 troca em um ano), que se encontra de férias no momento, em sua volta trabalharemos para tentar junto com a equipe buscar juntos novas estratégias para ajudar a população e sempre nos atualizar também, para ajudar cada vez mais a população assistida por nossa equipe.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção será desenvolvido com foco em diabéticos tipo 2 adscritos na unidade ESF Vila Gaúcha, no período do ano de 2019. Para captar estes indivíduos serão realizadas estratégias como: troca de receitas, convites com cartazes, e através dos agentes comunitários de saúde. Estes pacientes serão convidados a participar do grupo de intervenção com objetivo de entender e compreender a importância de aderir a ações não medicamentosas no manejo do diabetes tipo 2. Para isto os profissionais da unidade serão os facilitadores do grupo, que contará com psicólogo, fisioterapeuta, 2 nutricionistas, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem médica. O grupo de intervenção terá encontros quinzenais a serem realizados na unidade de saúde.

Nestes encontros terão as seguintes atividades principais:

1. Anamnese: pulsos periféricos, Examinando os pés, aferição de pressão arterial, hemoglobina glicada pós prandial já que os grupos começam 13:30, auscultaçã, se realizam atividades físicas, se fazem uso de tabaco, álcool, violência doméstica.
2. Rodas de conversa com pessoal do NASF e médico (pautas propostas pelos próprios pacientes para que se faça mais interessante e aumente a adesão)
3. se realizam atividades físicas, já propostas pelo fisioterapeuta e meditação guiada (vídeos do youtube), incentivando o seguimento das atividades pelo menos 2 a 3 vezes por semana enquanto não houver o próximo encontro.

Ainda dentro da intervenção será realizada a classificação risco cardiovascular (score Framingham ou UKPDS Risk Engine, quando possível. Anamnese Completa com as seguintes informações: se é fumador, ECG Hemoglobina glicada colesterol total e frações (no caso da hemoglobina glicada, o município não disponibiliza esse exame gratuito, dificultando muito o trabalho já que a maioria não pode custear o exame que é essencial para controle da eficácia do tratamento) Detecção de complicações crônicas: Neuropatia Retinopatia e nefropatia : pulsos periféricos Examinando os pés (monofilamento diapasão): esse exame fazemos de modo clínico com uso de canetas e ou mesmo agulhas, já que o município não oferece os insumos necessários Microalbuminúria (não disponibilizado pelo município) Clearance de creatinina tampouco disponibilizado. Os exames de sangue passíveis de serem realizados, são repetidos a cada 6 meses ou menos, a critério clínico, mas a anamnese sempre é feita, além das rodas de conversa.

Para melhor efetivação da intervenção será conduzida através dos grupos de hiperdia contando sempre com os profissionais do NASF, enfermeira e ACS que ajudam divulgando os dias dos grupos. Existe um acolhimento feito pela enfermeira e pela médica e após a anamnese e exames a critério clínico passamos a segunda etapa onde atuamos em conjunto com os profissionais do NASF.

5 Resultados Esperados

Espera-se melhorar os conhecimentos da população que fara parte dos grupos de intervenção sobre as possibilidades não medicamentosas para o manejo do Diabetes II e com isso melhorar o controle da doença e a qualidade de vida dos participantes. Também espera-se uma redução do uso das medicações de controle, uma vez que o estilo de vida pode atuar melhorando o estado de saúde dos indivíduos e repercutindo no uso das medicações. Também almeja-se que os participantes da intervenção sejam mais ativos fisicamente com as atividades propostas para isto. Outro resultado secundário é a melhora do controle de peso através do acompanhamento multiprofissional e como consequência melhorar os níveis de insulina e melhor controle da doença.

Após a criação dos primeiros grupos, estima-se que ocorra um maior interesse de outros usuários da unidade queiram participar dos grupos ampliando a cobertura de diabéticos no território da UBS. Além disso, que esta intervenção possa reduzir os custos em saúde, reduzir a morbimortalidade e complicações provenientes da doença e os atendimentos na atenção básica por conta de complicações do DM.

Esses seriam os resultados esperados pela equipe, que trabalha arduamente tanto na preparação das palestras a serem dadas, quanto no comprometimento de cada um para tentarmos juntos conscientizar os pacientes os riscos e complicações a médio e longo prazo a respeito do diabetes mellitus e sua falta de adesão ao tratamento não medicamentoso, considerando o foco de meu trabalho e o que seria 50% do tratamento total, porém a realidade da prática clínica dia após dia, nos leva a enxergar a falta importante de interesse por meio dos pacientes que somente vão, como já descrito em etapas anteriores porque nos dias de grupo existe a troca de receitas e pedidos de exames medicos de controle periódico quando necessário, sendo pouquissimos aqueles que vão por vontade própria, consideram que somente com a medicação dada ja está mais do que suficiente e exercem resistencia para a participação dos grupos o que me levou a escolher esse tema para o TCC, justamente tentar entender e mudar a realidade da comunidade onde trabalho, tentando aumentar a conscientização dos pacientes.

Referências

- BEERS, M. H. *EL MANUAL MERK*. Madrid: El Sevier, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Indicadores de Saúde 2007*. Brasília: OPAS, 2008. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cuidado Integral ao Paciente com Diabetes e sua Família: Cadernos de atenção básica - n.º 16 série a. normas e manuais técnicos*. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 14 Dez. 2018. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 19.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *REV BRAS EPIDEMIOL*, p. 18–27, 2017. Citado na página 17.
- PINTO, B.; ISER, M. Prevalência de diabetes no brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, p. 306–310, 2015. Citado na página 17.
- RIBEIRO, A. L. P. n.º 16. In: BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. (Ed.). *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA*. Brasília - DF: Editora MS – OS 2006/0635, 2006. p. 9–16. Citado na página 16.