

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

JANAINA DO NASCIMENTO ABREU

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO PARA OS DIABÉTICOS
TIPO II DA AREA ADSCRITA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ALTO SANTOS DUMONT, PARÁ DE MINAS, MINAS
GERAIS

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

JANAINA DO NASCIMENTO ABREU

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO PARA OS
DIABÉTICOS TIPO II DA AREA ADSCRITA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO SANTOS DUMONT, PARÁ DE
MINAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Elaine Leandro
Machado

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

JANAINA DO NASCIMENTO ABREU

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO PARA OS
DIABÉTICOS TIPO II DA AREA ADSCRITA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO SANTOS DUMONT, PARÁ DE
MINAS,MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Elaine Leandro
Machado

Banca Examinadora

Profº. _____ UFMG

Profª. _____ UNAM

Aprovada em ____ / ____ / ____.

RESUMO:

O *diabetes mellitus* é considerado um problema de saúde pública devido a sua prevalência onerosa do ponto vista social e econômico e com potencial reconhecido para prevenção. Após observação ativa e entrevistas realizadas com pessoas chaves na comunidade de Alto Santos Dumont, Pará de Minas/Minas Gerais, percebeu-se que, dentre vários problemas, o grande número de pacientes diabéticos tipo II com descontrole glicêmico. Além disso, muitos casos de internação de pacientes da área adscrita da Estratégia de Saúde da Família Alto Santos Dumont eram consequências de complicações crônicas de pacientes diabéticos tipo II. Por esse motivo foi realizada uma revisão da literatura sobre o tratamento não medicamentoso do paciente diabetes para subsidiar um plano de intervenção para os diabéticos com fins de estimular a promoção da saúde e incentivar o auto cuidado, visando a melhoria da qualidade de vida dos usuários dessa região.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária a Saúde; *Diabetes Mellitus*; Complicações diabéticas; Protocolos de tratamento; Promoção da saúde

ABSTRACT

Diabetes mellitus is considered a public health problem because of its prevalence costly social and economic point of view and with recognized potential for prevention. After active and interviews with key people in the Upper Santos Dumont, Para de Minas / Maharashtra community observation, it was noticed that among many problems, the large number of type II diabetic patients with uncontrolled blood glucose. In addition, many cases of hospitalization of patients enrolled area of the Family Health Strategy Alto Santos Dumont were consequences of chronic complications of type II diabetic patients. For this, a review of the literature on non-pharmacological treatment of diabetes patients was performed to subsidize an intervention plan for diabetics with the purpose of stimulating health promotion and encourage self care, aimed at improving the quality of life of users of this region.

KEY WORDS: Primary Health; Diabetes Mellitus; diabetic complications; treatment protocols; health promotion

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	7
2) JUSTIFICATIVA	8
3) OBJETIVOS	
3.1) Objetivo geral	11
3.2) Objetivos específicos	12
4) MÉTODOS	
4.1) Diagnóstico situacional da ESF	13
4.2) Revisão da literatura	14
4.3) Plano de intervenção	15
5) RESULTADOS	
5.1) Diagnóstico situacional da ESF	18
5.2) Revisão da Literatura	
5.2.1 Conceito e Fatores de risco para Diabetes tipo II	21
5.2.2 Diagnóstico e tratamento do Diabetes tipo II	22
5.2.3 Metas glicêmicas do tratamento dos diabéticos	24
5.2.4 Complicações crônicas do Diabetes tipo II	25
5.3.5 Organização do Cuidado às Pessoas com Diabetes na Atenção Primária à Saúde	27
5.3) Elaboração de um Plano de Intervenção em Saúde em	
5.3.1 Público alvo	31
5.3.2 Recursos material e humanos	32
5.3.3 Parceiros ou instituições apoiadoras	33
5.3.4 Metas	34
5.3.5 Instrumentos de Avaliação	35
6) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1) INTRODUÇÃO

Trabalho como médica de Família na comunidade do Alto Santos Dumont na cidade de Pará de Minas, em Minas Gerais há 03 anos e durante este curto tempo pude perceber como a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem importância para incentivar a melhora na qualidade de vida dos pacientes. Na tentativa de suprir a falta de Educação Permanente no município, busquei alternativas de aprimorar os meus conhecimentos iniciando o Curso de Atenção Básica de Saúde da Família (CEABSF) que me proporcionou encontrar as ferramentas necessárias para melhorar os meus processos de trabalho e oferecer um serviço de maior qualidade à população.

Após observação ativa e entrevistas realizadas com pessoas chaves da área de abrangência da ESF, percebeu-se que os principais problemas da população são: ociosidade, falta de opções de lazer, adolescência em risco, gestação na adolescência, falta de planejamento familiar, desmame precoce de RN, acúmulo de lixo, desemprego, conflitos conjugais, descontrole de Diabetes Mellitus e uso drogas ilícitas (levando a violência, envolvimento de menores, assaltos , problemáticas familiares e depressão).

Dentre os problemas supracitados aquele que teve impacto mais negativo na qualidade de vida dos usuários e que é área direta de atuação da ESF, foi o descontrole da Diabetes, principalmente os diabéticos tipo II.

Após analisar as possíveis causas, concluiu-se que a mudança no estilo de vida era a parte mais difícil do tratamento, tanto pela própria mudança em si, quanto pelo descaso com o tratamento não medicamentoso que era visto pela maioria como menos importante que a medicação.

Como houve um grande número de internações por complicações do diabetes, optamos por tentar melhorar o controle dessa comorbidade com fins de reduzir as complicações secundárias a longo prazo e ter um impacto positivo da vida dos nossos usuários

2) JUSTIFICATIVA

Segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2010) aproximadamente 6% da população brasileira é portadora de diabetes, o que equivaleria a 12.054.827 indivíduos.

Devido a alta prevalência dessa doença, é de extrema importância a prevenção dos agravos para reduzir as complicações crônicas advindas do seu descontrole como por exemplo : insuficiência renal crônica, retinopatia, neuropatias, amputações e outras que podem levar a piora da qualidade de vida do indivíduo.

A melhora no controle do Diabetes irá impactar positivamente tanto no trabalho da ESF, devido redução de pacientes com maior complexidade de tratamento, quanto na qualidade de vida da população , pois irá despertar o auto cuidado e promover a Educação em Saúde que poderá ser construída continuamente pelo próprio usuário.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007),

[...] a orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com DM, associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha.

Além das orientações quanto à dieta e à atividade física, o Ministério da Saúde (2012),

[...] inclui no tratamento do DM a educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso.

A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações.

[...] O profissional da saúde tem um papel importante no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança

de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente. (TAKAYANAGUI ; GUIMARÃES, 2002).

Ainda segundo Takayanagui; Guimaraes (2002),

[...] os profissionais necessitam de um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, pois são responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo diabético.

Segundo Paul; Fonseca (2001) fornecer informação ao paciente é imprescindível para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo enfrentar as dificuldades e incertezas, e manter a sua máxima autonomia . Além disso, a informação é fator decisivo para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde.,

Embora a adesão ao tratamento dependa da compreensão da informação, o conhecimento ou informação sobre a doença não funciona por si só como um preditor da adesão. Um estudo desenvolvido por Chan e Molassiotis (1999), analisou a relação entre o conhecimento sobre diabetes e adesão apresentou a existência de uma grande distância entre aquilo que é ensinado aos pacientes e aquilo que eles realmente fazem. Grande parte dos pacientes apresentou bom conhecimento doença, mas não aplicavam estes conhecimentos nos hábitos diários. Esses resultados sugerem que o conhecimento não é garantia única para a mudança comportamental dos diabéticos. Em relação à condição socioeconômica, o referido estudo demonstrou que os pacientes portadores de Diabetes mellitus residentes em área de alto risco tiveram menor adesão ao tratamento não farmacológico.

Pace, Nunes e Vigo, (2003), demonstraram ser a dieta e o fator financeiro as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes no tratamento do DM. Para que a adesão do diabético ao programa alimentar proposto e a prática regular de exercício físico sejam satisfatórias, é importante considerar estilo de vida, rotina de trabalho, nível socioeconômico, tipo de diabetes,

medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores ao diagnóstico do diabetes Mellitus. Para Seyffarth; Lima; Leite (1999),

[...] A adaptação da dieta aos hábitos alimentares preexistentes, sempre que possível, é a melhor conduta, pois, além do indivíduo, a família ficará mais integrada ao tratamento. Do ponto de vista econômico, o uso de alimentos já rotineiros e que sejam adequados oferece maior flexibilidade na escolha e impede a substituição por outros, às vezes impróprios e mais caros.

Em relação à atividade física, o estudo de Silva e Lima (2002), “mostrou que 78,7% dos participantes que aderiram à atividade física foram considerados em uma condição socioeconômica muito boa”

“Uma corrente médica bem antiga defende a utilização de exercícios físicos como forma de prevenção, controle e procedimento terapêutico empregado em inúmeras doenças humanas. Nesse contexto, é necessário considerar o cotidiano das pessoas, uma vez que as poucas opções de lazer determinadas por condições socioeconômicas precárias e as estruturas familiares voltadas unicamente para a própria subsistência são aspectos que limitam a relação entre o indivíduo, o exercício físico e a saúde” (MONTEIRO *et. al* , 1998 *apud Assunção; Priscila, 2008 p.2196*).

Por todos os motivos já citados acima, demonstra-se ser imprescindível focar na Mudança do Estilo de Vida, ou seja, no tratamento não medicamentoso, para que os pacientes se conscientizem e mantenham a doença sob controle evitando assim agudizações graves.

3) OBJETIVOS

3.1) Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é traçar um plano de atividades de promoção da saúde para os diabéticos tipo II da área adscrita a comunidade do Alto Santos Dumont na cidade de Pará de Minas, em Minas Gerais, enfatizando a importância do tratamento não medicamentoso

3.2) Objetivos específicos

- Realizar levantamento dos diabéticos tipo II da área descrita ESF Alto Santos Dumont na cidade de Pará de Minas, em Minas Gerais
- Fazer uma descrição do perfil dos diabéticos da área adscrita a ESF Alto Santos Dumont na cidade de Pará de Minas, em Minas Gerais,
- Sugerir um plano de auto cuidado e enfatizar a importância do tratamento não medicamentoso,
- Reduzir a taxa de internação e complicações a longo prazo e consequentemente proporcionar uma melhora na qualidade de vida dos usuários da área adscrita a ESF Alto Santos Dumont na cidade de Pará de Minas, em Minas Gerais

4) MÉTODOS

4.1) Diagnóstico situacional da ESF

O diagnóstico situacional da ESF Alto Santos Dumont/Pará de Minas, foi realizado através do levantamento do Sistema de Informação da Atenção básica (SIAB) durante aproximadamente 6 meses, observação ativa durante os 3 anos que trabalhei na comunidade e entrevistas com 20 pessoas chave na comunidade, na qual foi utilizado um questionário semi-estruturado onde os entrevistados colocavam abertamente seu ponto de vista sobre o que precisava ser melhorado.

4.2) REVISÃO DA LITERATURA

Para um melhor entendimento sobre a importância do Diabetes Mellitus e seus impactos sobre a qualidade de vida da população, foram realizadas consultas em fontes nacionais descritas posteriormente na REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA, principalmente aquelas que ditam os protocolos relacionados a esta comorbidade como, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

As palavras chaves utilizadas para a pesquisa foram Atenção Primária a Saúde, Diabetes Mellitus, Complicações diabéticas, Protocolos de tratamento e Promoção da Saúde

4.3) PLANO DE INTERVENÇÃO

Primeiramente foi feita uma revisão bibliográfica sobre a diabetes para avaliar o impacto desta doença na população, visto que é uma doença tão prevalente no Mundo e conseqüentemente na ESF Alto Santos Dumont. Posteriormente foi feito estudo de todos os prontuários e um levantamento no número de diabéticos da área adscrita para analisar a viabilidade do projeto, descrito posteriormente.

Para iniciar o plano de intervenção, contactou-se a equipe de saúde multidisciplinar (educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica) e após consenso chegou-se a decisão de elaborar um calendário de atividades mensais promovendo educação em Saúde e estimulando o auto cuidado

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fariam inscrição dos pacientes interessados e seria formado um grupo de no máximo 15 pessoas. Seriam feitas seis reuniões com este mesmo grupo e em cada reunião seria desenvolvida uma atividade sob a coordenação do médico e com o apoio de outro profissional, seguindo a ordem abaixo:

- Coordenador: médico e enfermeiro da ESF.
 - Seria feita a apresentação dos profissionais, dos usuários e uma explicação de como funcionaria os encontros.
 - Aferição dos dados antropométricos (peso, circunferência abdominal, quadril e altura), Pressão Arterial e glicemia capilar.
 - Entrega de um “cartão do diabético” onde seriam anotados estes dados.
 - Uma breve explicação sobre o que é diabetes, causa e tratamentos. Todas estas informações serão fornecidas mediante a necessidade dos participantes
- Coordenador: Médico da ESF + Fisioterapeuta (“Oficina do pé diabético”)

- Examinar os pés dos usuários e ensinar a realizar o auto exame dos pés
- Fazer teste do monofilamento nos usuários
- Encaminhar para a ESF os exames alterados
- Coordenador: Médico da ESF + Nutricionista
 - Orientar e explicar sobre uma dieta saudável
 - Montar um cardápio adequado ensinando receitas DIET
 - Agendar consulta para aqueles que precisam de uma dieta individualizada
- Coordenador: Médico da ESF + Educador físico
 - Explicar os benefícios do exercício físico
 - Fazer uma “aula” para incentivar a prática
 - Encaminhar para outros profissionais os indivíduos que tiverem algum tipo de restrição (Ex: amputações, Insuficiência cardíaca Grave, osteoartroses severas entre outras)
- Coordenador: Médico da ESF + Dentista
 - Fazer uma explicação geral sobre a importância da Saúde Bucal para o controle do diabetes
 - Agendar consulta para todos os indivíduos cuja última avaliação odontológica tenha sido há mais de 1 ano
- Coordenador: Médico da ESF
 - Fechamento das oficinas com uma confraternização
 - Esclarecer dúvidas restantes
 - Nova aferição dos dados antropométricos

- Agendar consulta para aqueles indivíduos que não estiverem com os exames/consultas em dia

5) RESULTADOS

5.1) Diagnóstico situacional da ESF

O município de Pará de Minas localiza-se na região Centro-oeste de Minas Gerais. E conta com aproximadamente 75.000 habitantes. A cidade destaca-se na economia pela produção de aves, suínos, leite e seus derivados. O município conta com uma população de 82.761 habitantes (IBGE, 2010). Possui uma grande área rural constituída por vários aglomerados.

O sistema de saúde pública no município está organizado de acordo com a Constituição Federal de 1988, leis 8080 e 8142 de 1990 e obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A cidade conta com 1 Pronto Atendimento (PA), 1 Policlínica, 1 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), 1 hospital filantrópico de médio porte, 1 Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (CASMUC), 17 Programas Saúde da Família (PSF) 1 PSF Rural e 1 PACS e cobre aproximadamente 60% da área. Cada equipe de ESF é composta 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que variam em número conforme a unidade. Dessas equipes, 10 apresentam também a saúde bucal da modalidade inseridos na ESF e as áreas descobertas são atendidas na policlínica.

A população do Alto Santos Dumont, foi dividida em 5 microáreas. Nessa comunidade há apenas associação de bairro. A região é composta por uma creche municipal, 1 escola estadual de ensino médio, várias igrejas e cultos religiosos, ASSAG – Associação Santos Anjo da Guarda. Há 1 quadra esportiva coberta, pouco utilizada pela população, ficando sob responsabilidade da associação, porém, sem cuidadores tornando-se um espaço sujo e local de drogadictos.

Após análise dos prontuários, percebe-se que na ESF a diabetes é a segunda comorbidade mais prevalente, perdendo apenas para Hipertensão

Arterial Sistêmica. Dos 3389 usuários da ESF, aproximadamente 145 indivíduos são diabéticos, o que corresponderia a 4,2% da população da área adscrita. Temos uma taxa de diabéticos menor que a média Nacional que seria de 6% segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2010) mas que ainda sim apresenta grande impacto na qualidade de saúde..

População segundo faixa etária na área de abrangência da ESF Alto Santos Dumont segundo a microárea, 2012.

Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Menor de 1 ano	2	5	13	7	11	38
1 a 4 anos	37	47	31	46	35	196
5 a 6 anos	21	17	16	19	17	90
7 a 9 anos	27	37	29	34	30	157
10 a 14 anos	55	64	54	46	52	271
15 a 19 anos	47	69	50	56	57	279
20 a 39 anos	245	262	267	253	232	1259
40 a 49 anos	89	89	69	56	80	383
50 a 59 anos	62	56	83	73	73	347
60 anos e +	82	72	66	85	64	369
Total	667	718	678	675	651	3389

Fonte: SIAB 2012

Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da ESF Alto Santos Dumont, 2012.

Morbidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Alcoolismo	7	4	10	3	5	29
Doença de chagas	0	1	1	2	2	6
Deficiência	1	0	1	2	5	9
Epilepsia	1	2	0	2	0	5

Diabetes	34	22	35	26	28	145
Hipertensão Arterial	112	98	110	96	99	515
Tuberculose	0	0	0	0	1	1
Hanseníase	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIAB 2012

Devido a esta incidência de Diabetes e com intuito de melhorar o controle glicêmico, estipulou-se que toda primeira sexta feira do mês ocorreriam atividades para promover o auto cuidado, o incentivo a hábitos de vida mais saudáveis e conseqüentemente a promoção a Saúde. Tais atividades serão descritas posteriormente.

5.2) REVISÃO DA LITERATURA

5.2.1) Conceito e Fatores de risco

Diabetes mellitus (DM) é uma doença que se caracteriza por aumento crônico da glicemia, acompanhado de distúrbios do metabolismo de carboidratos, proteínas e gordura devido a defeitos da secreção e/ou ação da insulina (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004). A longo prazo, a doença pode levar à disfunção e falência de vários órgãos. Os autores ainda afirmam que o DM tipo I é resultado da destruição das células B- pancreática, levando a deficiência absoluta de insulina. De acordo com Edelman e Henry (2003), o *diabetes mellitus tipo II* se caracteriza pela redução da secreção de insulina pâncreas e/ou resistência periférica à insulina. A produção aumentada de glicose pelo fígado (gliconeogênese) também pode ser uma característica de DM tipo II, porém é considerada secundária aos dois primeiros fatores, visto que os portadores deste tipo de diabetes geralmente apresentam excesso de peso e idade superior a 40 anos.

Os mesmos autores referem que a etiologia do DM tipo II é portanto, a obesidade (principalmente a central ou visceral); o sedentarismo, dieta rica em gorduras; além do processo de envelhecimento, especialmente em indivíduos geneticamente suscetíveis. (EDELMAN; HENRY, 2003)

5.2.2) DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DIABETES

Os critérios diagnósticos de diabetes estão resumidos na tabela 1

Tabela 1 – Critérios Diagnósticos de Diabetes

Critérios	Comentários
A1C $\geq 6,5\%$ = ou =	O teste deve ser realizado através de método rastreável ao método do DCCT e devidamente certificado pelo <i>National Glycohemoglobin Standardization Program</i> (NGSP) (http://www.ngsp.org).
glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl = ou =	O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
glicemia 2 hs apos sobrecarga com 75 g de glicose: ≥ 200 mg/dl = ou =	Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.
glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2013

Para o tratamento do diabetes é necessário agrupar medidas medicamentosas e não medicamentosas para se obter sucesso.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013),

[...] as modificações do estilo de vida tem papel decisivo na prevenção do diabetes, conforme demonstram estudos de grande porte, conduzidos em diferentes partes do mundo e que provaram que hábitos de vida mais saudáveis (dieta balanceada, rica em fibras, visando peso corporal realisticamente adequado, associada à atividade física de, pelo menos, 150 minutos semanais) são capazes - em indivíduos pré-diabéticos - de reduzir seu risco de *diabetes mellitus* em 58%, conforme mostraram os resultados do estudo conduzido pelo *Finnish Diabetes Prevention Study Group* (DPS) sobre a prevenção do *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) em pessoas com tolerância diminuída à glicose. Estudos também demonstraram a eficácia da acarbose e da metformina na prevenção do DM2.

Resumindo: O DM2 pode ser prevenido ou, pelo menos, retardado, através de intervenção em portadores de pré-diabetes. Esses pacientes devem alterar seu estilo de vida, tais como modificação dos hábitos alimentares, perda ponderal (redução de ao menos 5% a 10% do peso corporal) caso apresentem sobrepeso ou obesidade, bem como atividade física moderada (por exemplo, caminhadas), pelo menos, 150 minutos por semana. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013)

Além das medidas de estilo de vida, o uso da metformina, principalmente para indivíduos jovens e obesos, pode ser considerados desde que haja risco moderado/alto para desenvolvimento de DM2 e não apresentem contraindicações para tais medicamentos.

Há ainda vários outros medicamentos usados para tratamento de diabetes, mas não é intuito deste trabalho explicá-los.

5.2.3) METAS GLICÊMICAS DO TRATAMENTO DOS ADULTOS DIABÉTICOS

Quadro 1: Recomendações de controle glicêmico para adultos com diabetes mellitus de acordo com as diversas sociedades

	Glicemia pré prandial (mg/dl)	Glicemia pós prandial (mg/dl)	HA1c (%)
Associação Americana de Diabetes (ADA)	70 a 130	<180	< 7
Federação Internacional de Diabetes (IDF) e Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AACE)	<110	<140	<6,5%
Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)	70 a 130	<160	<7

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2013

Quadro 2. Metas de controle glicêmico em crianças e adolescentes, de acordo com a faixa etária (%)

	Glicemia pré prandial (mg/dl)	Glicemia pós prandial (mg/dl)	HA1c (%)
Lactentes, pré escolares	100 a 180	110 a 200	7,5 a 8,5
Escolares	90 a 180	100 a 180	< 8
Adolescentes	90 a 130	90 a 150	< 7,5

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2013

5.2.4) COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES

De acordo com Silva e Silva (2005), as complicações a longo prazo, advindas do aumento crônico da glicemia em pacientes com DM tipo II incluem: nefropatia, doença arterial coronariana; doença vascular periférica, retinopatia, doença cerebrovascular, neuropatia diabética, disfunção sexual além do transtorno do pé diabético. Um agravante para a doença macrovascular é a dislipidemia que ocorre em alguns destes pacientes. Edelman e Henry (2003) afirmam que o tabagismo e o sedentarismo contribuem em grande escala para a doença macrovascular (mesmo na população não diabética) que pode ser minimizada adotando-se medidas como controle de peso e exercícios aeróbicos apropriados. Na doença microvascular, a retinopatia é mais prevalente em indivíduos com 20 anos ou mais de doença, sendo que o desenvolvimento e progressão são influenciados também pela duração e severidade da hiperglicemia, sendo piorada pela hipertensão.

Ainda segundo Silva e Silva (2005), a nefropatia diabética é progressiva (atinge 20% dos pacientes diabéticos há 20 anos), inicia com microalbuminúria, aumento de creatinina e redução da Taxa de Filtração Glomerular. Posteriormente detecta-se proteinúria, culminando com a insuficiência renal. Edelman e Henry (2003), apontam que os fatores determinantes para sua progressão são a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); hiperglicemia crônica mantida; infecção e obstrução do trato urinário e ingestão de drogas nefrotóxicas.

Silva e Silva (2005) afirmam ainda que a neuropatia diabética é uma das complicações a longo prazo mais comuns, acometendo cerca de 50% dos pacientes após 20 anos de doença. Tem apresentação variada dependendo de sua localização (fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômica), pode ser assintomática até fisicamente incapacitante. Seu aparecimento identifica indivíduos em risco de desenvolver lesões e conseqüentemente amputações em membros inferiores.

O pé diabético constitui a causa mais comum de internações prolongadas, compreende 25% das admissões hospitalares nos Estados Unidos e implica custos elevados: 28 mil dólares por admissão por ulceração,

enquanto na Suécia a variação decorre da realização ou não da amputação: 18 mil dólares (sem amputação) e 34 mil dólares (com amputação) (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013. p.184)

Após estudar um pouco mais sobre as complicações que podem acometer o portador de diabetes mellitus e visando preveni-las, propusemos este estudo com os objetivos já relatados.

5.2.5 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Ministério da Saúde, (2005) definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde baseado em três pilares: O Pacto em Defesa da Vida, o pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades das três esferas de poder (Municipal, Estadual e Federal) com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as prioridades do Pacto supracitado possui especial importância a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. Neste contexto, demonstra-se a importância da interdisciplinaridade para obter os resultados esperados.

[...] O desafio proposto a gestão Federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam autores no cuidado com a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006, p. 5)

Ainda segundo Ministério da Saúde, 2006,

[...] a portaria nº 648, de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo normas para sua organização assim como as responsabilidades dos gestores e as atribuições específicas dos profissionais que atuam nesse nível de atenção que deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Segundo o Departamento de Atenção Básica, “ a Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.” [verificar texto completo em: <
http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php>]

O atendimento deverá ser prestado pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Reafirmando mais uma vez a importância de interdisciplinaridade. A equipe e população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos da área adscrita.

Segundo o Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica, n.16, p.45),

[...] A equipe mínima de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes. A definição das atribuições da equipe no cuidado integral a Diabetes deve responder às peculiaridades locais, tanto do perfil da população sob cuidado como do perfil da própria equipe de saúde. A definição específica das responsabilidades para cada profissional dependerá do grau de capacitação de cada um dos membros da equipe. Caso seja identificada a necessidade de capacitação de um ou mais membros da equipe na aquisição de conhecimentos e habilidades para desempenho destas atribuições, a equipe deve articular-se junto ao gestor municipal na busca da capacitação específica

A partir das definições constitucionais, da legislação, do resultado das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007)

(BRASIL, 2004), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde

A Promoção da saúde constitui-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, com intuito de interligar o setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade. Tem objetivo de estabelecer compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam sujeitos ativos na proteção e no cuidado com a vida. Visa também reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos do processo de adoecimento.

Ainda em acordo com o Ministério da Saúde (2007), as diretrizes para a Política Nacional de promoção a Saúde são:

- I. Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Complementando os esforços do Estado Brasileiro as ações para reorganizar o Sistema de saúde através de políticas públicas, em 1999 foi elaborada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

[...]Em sua nova edição (2011) a PNAN apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (dab.saude.gov.br/portaldab/diretrizes_pnan.php)

Em conformidade com o Ministério da Saúde - ,

[...] O Estado de Minas Gerais, estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a equidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, MG. 2006)

Ainda segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006)

“ O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas”

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente varias linhas-guias e dentre elas a Atenção a Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabete, Tuberculose, Hanseníase e HIV/AIDS), que contempla o foco deste trabalho. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada.

5.3) ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE EM DIABÉTICOS

5.3.1) Público alvo

Inicialmente o público alvo será a população de diabetes mellitus tipo II da ESF Alto Santos Dumont de Pará de Minas, iniciando pelos diabéticos que estão fora das metas glicêmicas estipuladas pelos protocolos. O levantamento destes diabéticos será feito através da análise de todos os prontuários da ESF, como já descrito anteriormente.

5.3.2) RECURSOS MATERIAL E HUMANOS

Serão necessários insumos para diabetes já fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (glicotestes, lancetas , esfigmomanômetro e estetoscópio). As reuniões serão realizadas em uma sala da própria ESF e contando com a ajuda da equipe multidisciplinar: médico generalista. ACS, Enfermeiro, Auxiliar enfermagem, Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista e Dentista)

5.3.3) PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORES

Toda a equipe da ESF (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e ACS), Gerência da ESF, população e equipe multidisciplinar do NASF. A Função de cada membro foi descrita anteriormente no plano de ação .

5.3.4) METAS

Inicialmente melhorar o controle glicêmico dos pacientes, estimular e incentivar Mudança no Estilo de Vida para que no longo prazo se reduza as internações decorrentes das complicações do diabetes. Para tal, é necessário primeiramente atingir as metas glicêmicas estipuladas pela Sociedade Brasileira de Diabetes conforme já citado no Quadro 1.

5.3.5) INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Primeiramente será aferida a frequência dos pacientes através de uma folha de frequência. Depois será avaliada a curva glicêmica e por fim a avaliação laboratorial com intuito de se alcançar as metas glicêmicas segundo os protocolos já descritos.

A longo prazo será realizada uma revisão do número de internações por complicações diabéticas relacionadas aos paciente da área adscrita. Novamente, esta revisão será realizada através de busca ativa dos pacientes com internação recente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após avaliação do perfil dos diabéticos da área adscrita, das internações por complicações e do descontrole da doença, percebe-se como a atuação do profissional no tratamento é bastante complexa e permeada por vários fatores, o que se torna um desafio contínuo no cotidiano. Para desenvolver um trabalho de qualidade e que renda resultados positivos, a equipe precisa conhecer o público alvo, saber as maiores dificuldades por ele enfrentadas e quais os pontos críticos em que deve atuar.

Para tal, a melhor maneira é investir na Educação Permanente, tanto dos profissionais quanto da própria população, compartilhando informações e estabelecendo uma relação de confiança entre a equipe e os usuários para que se chegue ao intuito final que se resume na promoção do auto cuidado e melhora da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores demográficos do Brasil 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=314710&search=minas-gerais|para-de-minas>> acesso em agosto.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf > acesso maio 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n.16**. Brasília. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab16 > acesso em maio 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação da Atenção básica**. Pará de Minas, Secretaria de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual. 2011**. Brasília. Disponível em: < dab.saude.gov.br/portaldab/diretrizes_pnan.php > acesso em maio 2014

CHAN YM.; MOLASSIOTIS A. **The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong**. Journal of Advanced Nursing 1999;30(2):431-438

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

EDELMAN, S.V.; HENRY, R.R. **Diagnóstico e Manejo do Diabetes Tipo 2**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, 2003.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. **Prevalence estimates of diabetes mellitus (DM), 2010 – SACA**. BÉLGICA. Disponível em: < <http://www.idf.org/content/saca> > acesso em agosto. 2013.

MINAS GERAIS. **Caderno de Atenção a Saúde do Adulto, Hipertensão e Diabetes 2006.** http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_hiperdia.pdf > acesso janeiro 2014

MONTEIRO LH; GONÇALVES A.; PADOVANI RC.; NETO FLJ. **Fatores sócio-econômicos e ocupacionais e a prática de atividade física regular:** estudo a partir de policiais militares em Bauru, São Paulo. Motriz 1998;4(2):345-350.

PACE EA.; NUNES DP.; VIGO OK. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem 2003;11(2):312-319

PAÚL E.; FONSECA AM. **Psicossociologia da Saúde.** Public Health Reports 2001;12(4):78-90

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Bucal.** 1 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2006. p (5-6)

SEYFFARTH S.; LIMA PL.; LEITE CM. **Abordagem nutricional em diabetes mellitus.** Arq Bras Endocrinologia e Metabologia 1999;8(2):155-160

SILVA AC.; LIMA CW. **Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo.** Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia 2002;46(5):550-556

SILVA, F. M. L.; SILVA, M. M. M. L. **Jornal Brasileiro de Medicina.** Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, Jan./Fev.,2005.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Rio de Janeiro: AC Farmacêutica 2013-2014.

TAKAYANAGUI AMM.; GUIMARÃES FPM. **Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2.** Rev. Nutr. . 2002;15(1):377-385