

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

BÁRBARA SOUZA CUNTO SOBRINHO

O DIABETES MELLITUS ABORDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2014

BÁRBARA SOUZA CUNTO SOBRINHO

**O DIABETES MELLITUS ABORDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2014

BÁRBARA SOUZA CUNTO SOBRINHO

**O DIABETES MELLITUS ABORDADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de fevereiro de 2014

Dedicatória

A sorte é o encontro da oportunidade com a competência. Dedico o presente trabalho aos meus pais, Scheyla e Gladston, aos meus irmãos, Eduarda e Pedro Henrique, à minha avó paterna, Maria José, pelo exemplo e dedicação de todos os dias e, principalmente minha avó, Célia, pelo exemplo de mulher, pela companhia durante esta experiência inesquecível e por todo o carinho a mim direcionado.

Agradecimentos

Agradeço a população do Bairro do Campo Leopoldina da cidade de Bicas, pelo acolhimento e colaboração que foram essenciais para a elaboração e execução deste projeto. Agradeço também a equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Oeste da cidade de Bicas (Ana Lúcia, Márcia, Ângela, Janete, Tatiane, Paula, Cássia, Equener, Luciene, Bianca e Aline) pelo companheirismo, colaboração e por estarem ao meu lado durante este período. Dificuldades encontramos em qualquer lugar, porém cabe a nós aprender a usá-las como pilares para alcançar o sucesso!

“Qualidade significa conformidade às especificações, após pesquisas de mercado para adequação às necessidades e expectativas dos clientes. É por meio da prevenção que se deve alcançar a qualidade, e o nível de desempenho deve ser o de zero defeito”.

(PHILIP B. CROSBY)

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma enfermidade complexa que virou uma epidemia e se tornou questão de saúde pública com elevado ônus socioeconômico, tendo se espalhado à medida que os países se desenvolvem, a população fica sedentária e o consumo de calorias cresce a cada dia. O objetivo desse estudo foi propor um plano de intervenção na Estratégia de Saúde da Família Oeste, da cidade de Bicas-MG, para que a equipe de saúde possa atuar junto à população portadora de Diabetes Mellitus, visando a uma melhor adesão ao tratamento. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de pesquisas já publicadas na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico. De acordo com a literatura pesquisada, essa doença se encontra entre as 10 principais causas de mortalidade. Sendo assim, seu desenvolvimento requer a elaboração de políticas públicas que abranjam a diversidade de fatores associados à sua ocorrência. Em razão disso, o programa Estratégia de Saúde da Família, coloca tal doença como lócus singular para que sejam desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento. Espera-se que a implantação do plano possibilite um impacto positivo na população alvo, melhorando a qualidade de vida das pessoas e otimizando o tratamento do usuário que apresenta a patologia em questão.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Diabetes *Mellitus*. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a complex disease that became an epidemic and became a public health issue with high socioeconomic burden, with spreads as countries develop, the population is sedentary and calorie consumption grows every day. To achieve the proposed objective, was used as a methodological tool, the bibliographical research from the detailed analysis of research already published in the literature and scientific papers published in electronic media. The aim of this study was to propose a plan of intervention in the Western Family, City Spouts MG - Health strategy for the health care team can work with the carrier Diabetes Mellitus population, to better treatment adherence. According to the literature, this disease is among the 10 leading causes of mortality. Thus, their development requires the elaboration of public policies across a range of factors associated with its occurrence. As a result, the Health Family Strategy, program puts such a disease as a natural locus for shares of health promotion, prevention, diagnosis and treatment are developed. It is expected that the implementation of the plan makes a positive impact on the target population, improving the quality of life of people and optimizing treatment of user who presents the pathology in question.

Keywords: Family Health Strategy. Diabetes Mellitus. Adherence to treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
mg/dl	Miligramas por decilitro
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Libray Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	17
5.2 Diabetes Mellitus.....	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Ultimamente, o perfil epidemiológico da população brasileira tem se transformado de maneira notável. No cenário complexo que vem se conformando, processualmente, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) se sobressaem entre os motivos de morbimortalidade. Entre as DCNTs destaca-se o Diabetes *Mellitus* (DM) – objeto deste estudo – que é monitorado, entre as demais enfermidades, nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MALFATTI e ASSUNCAO, 2011).

Esta estratégia configura-se como o ponto principal de reorganização do modelo de atenção à saúde do brasileiro. Objetiva assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção, tendo como base a atuação sob o território e o oferecimento organizado dos serviços, em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo incorporar as mais variadas facetas do complicado quadro epidemiológico deste país (SENNÁ, 2002).

O DM é uma enfermidade de etiologia múltipla e se refere a um grupo de distúrbios metabólicos, que compartilham o fenótipo de hiperglicemia (ZANETTI, ALCÂNTARA e OLIVEIRA, 2008).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), essa doença pode ser classificada em diversos tipos diferentes:

- DM tipo I – referido como DM insulino-dependente, resulta da destruição das células beta pancreáticas por processo autoimune, acometendo, indivíduos de diferentes faixas etárias, mas, principalmente, crianças e jovens;
- DM tipo II – referido como DM não insulino-dependente, deriva de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. Esse tipo pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária, sendo mais comum em adultos maiores de 40 anos de idade, apesar de ter aumentado a prevalência em pessoas abaixo dos 40 anos, relacionado associado ao aumento da prevalência da obesidade em proporções mundiais;
- DM gestacional – essa modalidade da doença, como o próprio nome diz, atinge mulheres no período de gravidez. O DM vem aumentando de forma descontrolada. Por isso, é necessário um acompanhamento constante pelas equipes de saúde, até por que a doença não escolhe a quem atingir.

No entanto, independentemente de sua classificação, em razão das características fisiopatológicas do DM, o paciente pode apresentar prejuízos em sua micro e macrocirculação, provocando uma série de consequências que irão comprometer seu estado geral de saúde, como: retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, doença vascular periférica e neuropáticas, além de riscos de úlceras nos pés, podendo levar a amputações dos membros (SILVA *et al.*, 2012). Essa doença é responsável por gastos intensos em saúde e substancial diminuição da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (GOES, VIEIRA e LIBERATORE JUNIOR, 2007).

Cumprido ressaltar que, tanto no Tipo 1 quanto no Tipo 2 podem ocorrer distúrbios e/ou complicações tardias. Portanto, é imprescindível implementar um rigoroso controle dos níveis de glicemia, a fim de atrasar e/ou diminuir a progressão dos níveis da glicose na corrente sanguínea (BRASIL, 2006b).

Importa, ainda, ressaltar outra grave consequência da DMII: em função da perda de sensibilidade nos pés, podem ocorrer feridas nos membros inferiores que, normalmente, evoluem para a amputação. No Brasil, cerca de 50 a 70% das amputações não traumáticas decorrem do DM (BRASIL, 2002).

O pé diabético tem como característica a

“lesão que ocorre nos pés dos portadores de DM, proveniente da combinação da neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, da doença vascular periférica, das alterações biomecânicas que levam à pressão plantar anormal e da infecção, que podem estar presentes e agravar ainda mais o caso (COELHO *et al.*, 2009, p.66).

Neste sentido, Amaral e Tavares (2009, p.809) consideram que “a presença de úlceras nos pés e amputações, apesar de preveníveis, ainda é prevalente nos serviços de saúde, levando a danos irreparáveis na vida dessas pessoas”.

Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), chamada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, os resultados apontaram que a prevalência de DM no Brasil foi de 5,2%.

Em especial, no Estado mineiro, a prevalência de DM é de 4,2% em Juiz de Fora-MG, de 14,5% em Bambuí e 5,8% em Teixeiras-MG, sendo que a prevalência de DM indica tendência de crescimento, em todo o planeta (SILVA *et al.*, 2012).

Partindo-se da conjectura de que o DM é considerado uma das principais doenças que afetam as pessoas hoje em dia, e de que é útil conhecer os seus sentidos e significados para essas pessoas, considerou-se pertinente desenvolver um estudo capaz de apreender o processo de enfrentamento dessa patologia pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família Oeste da cidade de Bicas-MG.

Apesar de não ser uma patologia que se destaque na população cadastrada no Programa de Saúde da Família Oeste da cidade de Bicas (MG) pela sua grande incidência, o que influenciou para tal escolha foi tamanha gravidade dos casos da maioria dos portadores de Diabetes Mellitus. Trata-se de uma patologia grave, porém de controle possível, que encontra-se ao alcance de uma equipe da saúde da família empenhada.

Além disso, o fato de as estimativas predizerem que, em 2025, a quantidade de indivíduos atingirá em torno de 380 milhões (BRASIL, 2011) solidifica a importância de pesquisas sobre o tema em estudo.

Acredito que se trata de um trabalho de grande valia, visando o impacto positivo na população alvo, melhorando a qualidade de vida dos usuários e otimizando o tratamento do usuário que apresenta a patologia em questão.

3 OBJETIVOS

Geral:

O presente trabalho tem como objetivo geral propor um plano de intervenção para que a equipe de saúde possa atuar junto à população portadora de Diabetes *Mellitus*, visando uma melhor adesão ao tratamento.

Específicos:

- a) Levantar dados na literatura sobre Diabetes Mellitus, bem como discutir sobre a gravidade da doença e suas complicações;
- b) Propor diretrizes para o acompanhamento do diabético pela Estratégia de Saúde da Família;
- c) Relatar os cuidados com o pé diabético, controle glicêmico regular, além de fazer uma abordagem sobre a obesidade, as dislipidemias e outros fatores que podem dificultar o controle dessa doença crônica;

4 METODOLOGIA

Para contextualizar o problema e embasar o Plano de Intervenção, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa no período de agosto de 2013 a março de 2014.

Este tipo de revisão é considerado por Correia, Vasconcelos e Souza (2013, p.38) como “uma metodologia apropriada para descrever o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado tema, sob o ponto de vista conceitual ou teórico”.

Para tal, foram feitas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) utilizando os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, Atenção Primária, Saúde do adulto. Foram utilizados periódicos nacionais e escritos em português, publicados no período de 2001 a 2013.

Para realização do plano de intervenção, baseou-se nos pressupostos de Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como um programa de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada perante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As ações propostas incluem os conceitos de responsabilidade sanitária, atendimento ambulatorial e realização de consultas. Incluem também a participação comunitária e a educação em saúde, como requisitos essenciais para a construção de um pensamento crítico quanto às questões de saúde da população e do papel do Estado no provimento de ações sociais, como saneamento, educação e saúde (BRASIL, 1997).

No entanto, segundo Brasil (2006a), o modelo médico-assistencialista ainda tem origens profundas no sistema de saúde deste país, na formação dos profissionais e na própria concepção de saúde divulgada na população. Esse ponto de vista se fundamenta numa atenção fragmentada do atendimento por especialidade, no emprego intenso de tecnologias de preço elevado e na medicalização do atendimento.

Também há inquietações no que se refere à ESF, pois algumas pessoas, contrárias a ela, consideram-na como um modelo de atenção, que objetiva um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente pobre e pobre (atenção primitiva de saúde) (PAIM, 2003).

Essa ideia é consolidada pelo conjunto de crise e racionalização dos gastos em saúde que puderam ser notados em princípio de 1990 e que está muito abaixo das formulações que marcaram o processo de reforma sanitária deste país (SENNA, 2002).

A insuficiente integração da ESF aos outros níveis de complexidade (por meio da referência e contrarreferência) é outro fator que pode ajudar para o ponto de vista da estratégia como limitação da assistência de qualidade ruim, enfraquecendo seu papel como porta de entrada preferencial no Sistema de Saúde (SENNA, 2002).

Embora a situação seja crítica, continuam os esforços no intuito de distribuir corretamente serviços de qualidade que possam causar verdadeiras mudanças na situação de saúde do povo.

Uma equipe de saúde da família é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 ou 6 agentes comunitários de saúde (ACS). De acordo com as demandas e características da

organização dos serviços de saúde local, outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de uma população média de 3 mil podendo chegar a 4 mil pessoas residentes em uma área adstrita (BRASIL, 2011).

Nessa equipe, cada profissional executa um dado conjunto de ações em separado, porém buscando, constantemente, articular às ações realizadas pelos demais agentes de trabalho. As equipes devem buscar a integralidade das ações e não somente reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico (COSTA e FRACOLLI, 2007).

As atribuições dessa equipe no cuidado integral do portador de DM devem responder às peculiaridades locais, tanto do perfil da comunidade sob cuidado, como do perfil da própria equipe de saúde (BRASIL, 2006b).

Entende-se, portanto, que a ESF esteja orientada para vigilância e controle de doenças crônicas mais relevantes, como é o caso do DM, sendo necessárias providências urgentes para não se tornar uma epidemia.

2.2 Diabetes *Mellitus*

O DM é considerado um problema de saúde pública, principalmente por se tratar de uma doença que apresenta alta morbidade e mortalidade, em função do risco elevado de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, repercutindo nos âmbitos sociais e econômicos de maneira expressiva (JANEIRO *et al.*, 2008).

Um aspecto típico desta doença é a resposta secretora defeituosa ou deficiente de insulina, que se manifesta no uso inapropriado dos carboidratos (glicose), com conseqüente hiperglicemia (COTRAN, KUMAR; ROBBINS, 1994).

Se uma pessoa não tem glicose nas células, o organismo vai obter energia dos lipídios. A glicose é o principal sinalizador para o pâncreas liberar a insulina pelas células β das ilhotas de *Langerhans* (GUYTON e HALL, 1997).

Apresenta-se como uma síndrome de evolução crônica cuja preponderância tem crescido junto ao processo de industrialização dos últimos tempos (SANTOS *et al.*, 2004 *apud* SCHUTZ *et al.*, 2008).

Essa síndrome de comprometimento do metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas é motivada pela ausência de secreção de insulina ou por

diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina (COTRAN, KUMAR; ROBBINS, 1994).

Tal doença compreende um grupo de doenças metabólicas caracterizado por um aumento anormal de glicose no sangue (hiperglicemia), devido à deficiência de produção da insulina – um hormônio produzido pelo pâncreas, que controla o nível de glicose no sangue regulando a produção e o armazenamento de glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Os efeitos da hiperglicemia induzem a complicações macrovasculares: (doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e doença vascular periférica); e complicações microvasculares crônicas: (doença renal e ocular) e complicações neuropáticas (doença dos nervos) (SMELTZER e BARE, 2005).

Como se pode perceber, o DM representa um grande risco para se desenvolver doenças cardiovasculares. Isso em função dos distúrbios metabólicos, capazes de provocar alterações nas artérias, ocorre antes da hiperglicemia crônica que caracteriza o diabetes propriamente dito (FONTBONNE, 1997).

São questões que trazem à tona um debate sobre a precocidade do diagnóstico dessas alterações, assim como a capacidade dos exames diagnósticos empregados. A Associação Americana de Diabetes – ADA – recomenda que os critérios diagnósticos sejam fundamentados na medida de glicose plasmática em jejum (8 horas), usando o ponto de corte – valor de glicose plasmática em jejum maior ou igual a 126 mg/dl (GROSS *et al.*, 2002).

Entretanto, contestações quanto ao que é aconselhado pela ADA, exatamente por causa da precocidade das alterações macrovasculares até no estágio de intolerância à glicose. Dessa forma, a OMS indica que seja realizado o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), apto de determinar a tolerância à glicose diminuída, duas horas depois que se administra uma quantidade de glicose via oral. A ADA, embora reconheça o TOTG como mais sensível, relata sobre a dificuldade para se realizar esse teste, sendo apenas recomendado em situações específicas, como no caso de gestantes (GROSS *et al.* 2002).

Em se tratando do DMII, que faz parte da maior parte dos casos, está ligado a fatores, como sedentarismo e obesidade, bem como a um componente genético (TUOMILEHTO *et al.*, 2001; SARTORELLI, FRANCO, 2003).

Alterações nos padrões nutricionais, segundo Popkin (1998), estão relacionadas ao desenvolvimento da obesidade em proporções globais. Gross *et al.*

(2002) citam que o aumento no consumo de carboidratos refinados tem muita ligação ao incremento da obesidade e, como resultado do DM na sociedade, até mesmo em pessoas mais novas.

Trata-se de uma doença global, insidiosa, que decorre de vários fatores, além de causar muitas mudanças no dia a dia do indivíduo, afetando, assim, sua qualidade e sua expectativa de vida (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). O aumento de gordura no sangue pode ocasionar problemas cardiovasculares, como hipertensão, aterosclerose e infarto do miocárdio, o que vai causar influência na funcionalidade física, psicológica e social da pessoa.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o DM atinge 18% das pessoas da terceira idade, sendo que a metade deste percentual apresenta o tipo II. Essa modalidade representa, para essa faixa etária o maior risco de morte prematura e relação com outras enfermidades.

Por seu turno, Reis *et al.* (2009) salientam que o envelhecimento do povo e o aumento da expectativa de vida existem junto às DCNTs, incluindo a DM. Provavelmente, isso pode ser considerado como prerrogativa à alta da incidência da doença em meio aos idosos.

No que se refere ao controle e à prevenção de danos e sequelas, Piarete e Ferreira (2008) advertem que as complicações dessa doença, quando é bem controlada, podem ser evitadas. No entanto, é importante que a pessoa aceite a doença e efetive a adesão ao tratamento. Mas, essa adesão só acontece quando a pessoa aceitar a doença crônica, embora essa aceitação seja um grande obstáculo para uma adesão eficaz.

Em se tratando da atenção à saúde da pessoa idosa, Ribeiro, Rocha e Popim (2010) informam que o progressivo aumento de pessoas diabéticas com mais de 60 anos é um acontecimento mundial que requer a necessidade de políticas públicas aptas para atender de forma eficaz essa parcela da sociedade.

No ponto de vista de Rodrigues (2009), é essencial a busca de estratégias educacionais que ampliem o conhecimento do portador de DM e que repercutam convenientemente na sua convivência com a doença.

A quantidade de indivíduos com DM aumentou, expressivamente, nas últimas três décadas em quase todo o planeta. Essa quantidade é muito maior do que as projeções difundidas, as quais calculam 285 milhões em todo o mundo, e o Brasil

está em quinto lugar, com 7,6 milhões de casos. Esses dados alarmantes não apontam de que forma a doença afeta a pessoa (SHAW, SICREE e ZIMMET, 2010).

Esse aumento de DM tem ocorrido por causa do estilo de vida inadequado, sobretudo da má alimentação e do sedentarismo. Por isso, é preciso que o estilo de vida seja mudado (hábitos alimentares – uma condição essencial aos indivíduos com diabetes – e de atividade física) ao lado de tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, pois as células betas do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos (BRASIL, 2006a).

O tratamento com insulina objetiva mimetizar, tanto quanto possível, o perfil fisiológico da secreção pancreática de insulina. Sendo assim, diversas doses ao dia desse hormônio no tecido subcutâneo são necessárias para propiciar o controle glicêmico, quem tem sido demonstrado como condição fundamental para se prevenir as complicações agudas e crônicas desta doença (STACCIARINI, 2008).

No entanto, para que o controle glicêmico seja efetivo com o tratamento insulínico, é preciso que a pessoa aprenda diversos aspectos no tocante a como utilizar a insulina exógena, visto a ação deste medicamento está intimamente ligada a fatores envolvidos, desde sua aquisição até a aplicação, implicando procedimentos essenciais para aplicação: delimitação da região de aplicação, rodízio nos locais de aplicação, conservação da insulina, entre outros (STACCIARINI, 2008).

Estudos em diversos lugares brasileiros comprovam uma alta prevalência, 12% na população de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto e 12,4 % em moradores de áreas urbanas com 20 anos ou mais no Rio Grande de Sul (TORQUATO *et al.*, 2003; SCHAAN, HARZHEIM, GUS, 2004).

A essa prevalência segue um alto grau de ignorância da doença por parte da população acometida, o que prejudica o começo do tratamento, o mais cedo possível. As taxas de hospitalização e mortalidade por DM e suas complicações que têm aumentado, significativamente, indicam o quanto o problema é grave (SARTORELLI e FRANCO, 2006).

É tão grave que tem associação com a hipertensão que é encontrada em cerca de 40% dos portadores de DM. O efeito isolado ou relacionado dessas patologias tem sido estudado pela sua relevância na etiologia do infarto e outras doenças do coração. Pesquisas mostram que o DMII e a hipertensão são

independentemente relacionados ao aumento do risco de infarto, mas a soma dessas condições eleva bastante esse risco (DAVIS *et al.*, 1999; HU *et al.*, 2005).

Em se tratando de atividades físicas para pessoas com DM, estudos clínicos e experimentais têm comprovado seus benefícios, tais como: melhora a sensibilidade à insulina; reduz os níveis de glicose no sangue para faixa de normalidade; diminui as doses de insulina; abranda as disfunções autonômicas e cardiovasculares (DE ANGELIS *et al.*, 2006).

Diante do exposto, é importante que se conheça a prevalência do DM em pessoas atendidas pela ESF, pode ser estratégia importante na justificativa da implantação de programa de promoção de saúde multidisciplinar.

Para tanto, é preciso que a pessoa seja mobilizada a informar-se acerca da sua doença e suas complicações para que possa proceder a uma mudança de comportamento diante dela. Torna-se, indispensável, também que os profissionais desse programa se conscientizem sobre a realidade do DM como uma questão de saúde individual e coletiva.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho sucede-se em uma unidade de saúde população da cidade de Bicas, Minas Gerais. Tal população é de maioria de classe média e baixa, quase todos de baixa instrução. Quanto à patologia e devido à instabilidade de profissionais médicos na unidade, a adesão ao tratamento de Diabetes *Mellitus* tende a ser mais baixa que a adequada.

A partir de consultas realizadas com os diabéticos e visitas domiciliares, foram obtidos alguns dados importantes na Estratégia Saúde da Família Oeste, da cidade

de Bicas. Foi realizado um levantamento em conjunto com a equipe e, então, desenvolvido o plano de ação.

Acredita-se que o ponto de partida seja a conscientização dos pacientes a respeito da gravidade de tal patologia, as possíveis complicações que essa doença pode acarretar e o impacto dessas mudanças na vida de cada um deles. Os pacientes serão convidados, de acordo com suas respectivas microáreas, para reuniões semanais, a fim de esclarecer alguns pontos. Dentre os itens abordados em cada um destes encontros, pode-se listar a abordagem da dieta juntamente com a equipe da Nutrição, o seguimento correto da terapêutica (insulina ou medicação), cuidados com o pé diabético, controle glicêmico regular, discutir nos casos específicos a obesidade, as dislipidemias e outros fatores que podem dificultar o controle, entre outros temas.

De posse dos dados cadastrais de cada um dos pacientes diabéticos devidamente atualizados e tornando as reuniões uma rotina dentro da unidade de saúde, acredita-se na possibilidade de se obter bons resultados quanto a um controle glicêmico mais satisfatório e um retorno importante ao fim do trabalho.

O Diabetes Mellitus consiste em uma patologia de alta prevalência, gravidade importante, capaz de levar a complicações severas e, por vezes, irreversíveis. A partir do momento que se vê neste problema um alvo passível de intervenções, começa-se a levantar dados importantes que levem a grandes mudanças em relação a prognóstico dos usuários.

O principal ponto a ser destacado é a dificuldade de os usuários diabéticos aceitarem essa doença da melhor forma possível, a conviver bem com seu problema, buscando alternativas viáveis de qualidade de vida, o que facilita tanto a ação do profissional quanto a resposta do paciente.

Iniciando os trabalhos, foi feito um levantamento da equipe (médico de saúde da família, Agentes Comunitários de Saúde – ACS, enfermeira e técnico de enfermagem) e montada uma planilha de todos os diabéticos da área, separando em insulino e não-insulinodependentes. Tal planilha formou-se a partir de uma ficha do programa HIPERDIA estadual que os ACSs devem manter atualizada; baseou-se também em revisões de prontuários e atualizações a partir da produção diária das consultas médicas.

Conhecendo a população alvo, foram elaborados formulários para abordagem individual e em grupo e dos diabéticos. Para estas abordagens, destacam-se a

ações: uma dieta junto à Nutricionista Municipal, orientações quanto a cuidados com o pé diabético, formulação de um creme específico para hidratação e prevenção de feridas dos pés junto à Dermatologista do município, desenvolvimento de um cartão individual dos usuários portadores da doença, a fim de facilitar o controle, marcação e agendamento de consultas pela equipe de saúde; a distribuição de uma tabela para mensuração de glicemia capilar para todos os pacientes, cada uma adequada ao tipo da patologia (insulinodependente ou não); articulação junto à Secretaria de Saúde para o fornecimento de glicosímetros aos usuários insulinodependentes para facilitar a adaptação à terapêutica e controle domiciliar.

Recursos materiais empregados:

- 03 (três) mesas de escritório; (patrimônio da Prefeitura Municipal de Bicas);
- 03 (três) cadeiras de escritório; (patrimônio da Prefeitura Municipal de Bicas);
- 01 (um computador – monitor + estabilizador + torre + teclado + mouse); (patrimônio da Prefeitura Municipal de Bicas);
- 500 (quinhentas) folhas de ofício A4 brancas;
- 08 (oito) canetas Bic azuis;
- 01 (uma) régua milimetrada (20cm);
- 45 (quarenta e cinco) glicosímetros da marca ACCU CHECK ACTIVE;
- 2500 (duas mil e quinhentas) fitas individuais de glicosímetro para o aparelho ACCU CHECK ACTIVE;
- 01 (uma) pasta de plástico com divisórias;
- 03 (três) canetas marca-texto amarelas da marca Pilot;

Disponibilizados todos os materiais e produtos supracitados, iniciou-se o processo de agendamento de encontros quinzenais, de acordo com as microáreas cobertas pela equipe, para esclarecimentos e orientações em grupos pequenos, para deixar os usuários à vontade para falar conosco e tirar todas as dúvidas. Tais encontros foram pré-agendados, avisados aos diabéticos em domicílio através dos ACS e cartas impressas pela equipe. A partir desses encontros, uma nova ficha foi inserida nos prontuários individuais e, nelas, foram observados os resultados quanto ao controle glicêmico, aceitação e adequação à terapêutica proposta.

Todo o presente projeto foi iniciado em conjunto com a Secretaria de Saúde Municipal, que custeou os materiais e auxiliou no fornecimento dos glicosímetros e fitas.

Cronograma

ATIVIDADE	TEMPO DE EXECUÇÃO
Listagem dos diabéticos da população adscrita	2 meses
Elaboração de impressos	1 mês
Convocação para reuniões na unidade	2 meses
Reuniões na unidade de saúde	3 meses
Atualização das informações nos prontuários e acompanhamento	7 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é uma doença caracterizada por relevantes alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Essas alterações metabólicas são consequência da deficiência e/ou resistência à insulina que, quando não controlados de forma correta, levam a complicações agudas ou crônicas. As agudas têm origem, normalmente de acontecimentos casuais, ao passo que as crônicas frequentemente são causadas pelo mau controle glicêmico no passar dos tempos.

Essa doença oferece boas possibilidades de controle, no entanto, se não for bem controlado, produz lesões possivelmente fatais, como foi dito no decorrer deste

estudo. Em compensação, quando bem assistida, as complicações crônicas podem ser poupadas e o portador de DM pode ter uma qualidade de vida normal.

É importante destacar, no entanto, que o importante é que se previna o DMII, mudando o estilo de vida, sobretudo no que se refere à dieta e à prática de exercícios físicos.

Com o intuito de poder colaborar com a promoção da saúde dos portadores de DM da Unidade de Saúde Oeste da cidade de Bicas-MG, é importante que o atendimento a essa clientela seja realizado de maneira integral e em equipe. Por outro lado, as equipes da ESF precisam trabalhar de forma a promover a saúde do paciente e prevenir o surgimento de novos casos dessa enfermidade, impedindo os seus agravos em pacientes já doentes.

Espera-se que a implantação do plano provoque um impacto positivo na população alvo, melhorando a qualidade de vida das pessoas e otimizando o tratamento do usuário que apresenta a patologia em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas Públicas; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006a. 164 p. ISBN 85-89545-07-5

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Censo Suas como processo de aprimoramento e institucionalização da Política de Assistência Social no Brasil. In: ENAP. **Ações Premiadas no 16º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal 2011**. Brasília, DF: ENAP, 2011.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

COELHO, M. S. *et al.*. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. **Rev. Esc. Enferm. USP** v.43, n.1, p.65-71, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/08.pdf>

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

COSTA C. R.; FRACOLLI, L. A. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; Miranda, S. M. R. C. (Orgs.) **A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde**. Barueri: Manole, 2007.

COTRAN, S. R.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. Pâncreas. In: **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994.

DAVIS T. M.; MILLNS, H.; STRATTON, I. M.; HOLMAN R. R.; TURNER, R. C. Risk factors for stroke in type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 29. **Archives of Internal Medicine**. Chicago, v.159:1097-1103, 1999.

DE ANGELIS, K.; PUREZA, D. Y.; FLORES, L. J. F. *et al.* Efeitos fisiológicos do treinamento físico em pacientes portadores de diabetes tipo I. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.50, n.6, p1005-13, 2006.

FONTBONNE, A. A síndrome de resistência à insulina e complicações vasculares do diabetes *mellitus* não insulino dependente. **Diabetes e Metabolism**. São Paulo: Porto, v.1, p.11-19, 1997.

GOES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JUNIOR, R. R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Rev. Paul. Pediatr.** [online].. v.25, n.2, p. 124-128, 2007. ISSN 0103-0582.

GROSS J. L. *et al.* Diabetes mellitus: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivo brasileiro de metabologia e endocrinologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

GUYTON, A. C. ; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HU, G. *et al.* The impact of history of hipertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. **Stroke**, Dallas, v.36, p.2538-2543, 2005.

JANEIRO, D. I. *et al.* Efeito da farinha da casca do maracujá-amarelo (*Passiflora edulis f. flavicarpa Deg.*) nos níveis glicêmicos e lipídicos de pacientes diabéticos tipo 2. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, supl. 0, p. 724-732, dez. 2008.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNCAO, A. N.. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1383-1388. ISSN 1413-8123.

PAIM, J. S.. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.8, n.2, p.557-567, 2003. ISSN 1413-8123

PIARETE, D.; FERREIRA, K. C. **O processo de adaptação do portador de diabetes mellitus tipo 2, após constatação diagnóstica: a busca por sentido**. Monografia. Santo André: Universidade Anhanguera, 2008.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. **Public Health Nutrition**, Londres, v.1, p.5 – 21, 1998.

REIS, L. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 1, p. 64-76, jan./dez. 2009.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes *mellitus* tipo II. **Esc. Anna Nery** [online].,v.14,n.4, p 765-771,2010. ISSN 1414-8145.

RODRIGUES, F. F. L. Conhecimentos e atitudes: componentes para educação em diabetes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.17, n.4, p.468-73, 2009.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes *mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 supl. 1, p. 120-134, 2003.

SCHAAN, B.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes *mellitus* e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38 n. 4, p. 529-536, 2004.

SCHUTZ, R. *et al.* Associação entre diferentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial de pacientes com dislipidemia pertencentes a uma comunidade universitária. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Florianópolis, v. 40, n. 2, p. 97-99, fev. 2008.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. S203-S211, 2002. Suplemento.

SHAW, J. E.; SICREE, P. Z.; ZIMMET, Global Estimates The Prevalence of Diabetes for 2010 and 2030, **Diabetes Research and Clinical Practice**, 2010, 87: 4-14

SILVA, X. G.; MONDRAGON, A.; SUN, G.; CHEN, L.; MCGINTY, J. A. *et al.* . Abnormal glucose tolerance and insulin secretion in pancreas-specific Tcf7l2-null mice. **Diabetologia**. 2012 Oct;55(10):2667-76. doi: 10.1007/s00125-012-2600-7.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. São Paulo: SBD, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes no idoso**. 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

STACCIARINI, T. S. G.; HAAS, V. J.; PACE, A.E.. Fatores Associados à autoaplicação nos usuários com Diabetes *Mellitus* acompanhados pela estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, jun. 2008, v. 24, n. 6, p.1314-1322.

TORQUATO, M. T. C. G.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VIANA, L. A. L. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose na população urbana de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto (SP) - Brasil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TUOMILEHTO, J.; LIDSTROM, J.; ERIKSSON, J. G.; VALLE, T. T.; HAMALAINEN H.; HANNE-PARIKKA, P. Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **New England Journal Medicine**, Massachusetts, v.344, p.1343-1350, 2001.

ZANETTI, R. V.; ALCANTARA, K.; OLIVEIRA, S. O Adolescente diabético numa visão psicossomática; Intellectus – **Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional**, v5, n.4, p.171-185, 2008.