

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EUGENIO ROBERTO TORANZO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR FATORES DE RISCO DE
COMPLICAÇÕES RENAIIS EM PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PSF DO
MUNICÍPIO SÃO JOÃO DEL REI-MG**

SÃO JOÃO DEL REI

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EUGENIO ROBERTO TORANZO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR FATORES DE RISCO DE
COMPLICAÇÕES RENAIIS EM PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PSF DO
MUNICIPIO SÃO JOÃO DEL REI-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

SÃO JOÃO DEL REI

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EUGENIO ROBERTO TORANZO LEYVA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR FATORES DE RISCO DE
COMPLICAÇÕES RENAIIS EM PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PSF DO
MUNICIPIO SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. _____

Examinador 2 : Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Meus pais, esposa e filhos, -para ser tudo o que eu sou, em toda a minha educação, tanto a nível académico, como na vida, por seu apoio incondicional pilar fundamental perfeitamente mantida ao longo do tempo.

Todo este trabalho foi possível graças a eles.

AGRADECIMENTOS

Primeiro e o mais importante, gostaria de agradecer sinceramente a orientadora do meu TCC, Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira, esforço e dedicação.

Seu conhecimento, sua orientação, seu caminho para o trabalho, persistência, paciência e motivação foram fundamentais na minha formação.

Ela instilou um sentido de seriedade, responsabilidade e rigor acadêmico sem o qual não poderia ter uma formação completa.

À sua maneira, ela foi capaz de ganhar a minha admiração.

RESUMO

A educação em saúde, associada ao controle dos níveis de pressão e/ou glicemia, bem como à atividade física e à dieta alimentar, é um recurso importante para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares, à redução do comprometimento renal e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde Sam Miguel de Cajuru, em São João Del Rei, Minas Gerais, foi proposta uma intervenção em uma população de pacientes diabéticos e hipertensos por meio de formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, fornecimento de medicação, controles periódicos e atendimento de intercorrências. Nos primeiros dois meses, foram feitas avaliações dos pacientes e familiares de primeira linha em visitas domiciliares, com o objetivo de conhecer as condições, hábitos e estilo de vida que poderiam ser de interesse para o estudo. Além disso, houve o acompanhamento dos pacientes em consulta para avaliação, a formação de grupos para a prática de exercícios com intervenção de um professor de educação física e palestras e outras atividades grupais com o propósito de aumentar os níveis de conhecimento da doença, as complicações, alimentação adequada. Desta forma, é possível realizar um controle da doença e complicações, aumentando a qualidade de vida e o conhecimento dos pacientes.

Palavras-chaves: Educação em saúde. Hipertensão arterial. Diabetes. Tratamento. Grupos terapêuticos.

ABSTRACT

Health education, associated with control pressure levels and / or glucose, physical activity and diet, is an important tool to increase the demand for treatment and control rates of patients with hypertension and/or diabetes. Knowledge of the disease is related to improvement in quality of life, reducing the number of decompensation, to fewer hospital admissions, reduced renal impairment and greater acceptance of the disease. In the Basic Health Unit Sam Miguel Cajuru, Sao Joao del Rei, Minas Gerais, was proposed intervention in a population of diabetic and hypertensive patients through training groups for educational activities, regular monitoring, medication delivery, periodic control and treatment of complications. In the first two months, we will make an assessment of the patients and families to know the structural life conditions, mode and lifestyle, food habits and sanitary hygienic conditions. In this way we can achieve a control of the disease and its complications, increasing the quality of life and a greater knowledge and health culture of our patients.

Key words: Health education. Arterial hypertension. Diabetes. Treatment. Therapeutic groups.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 10 |
| 3 OBJETIVOS | 11 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 5 METODOLOGIA | 15 |
| 6 PLANO DE AÇÃO | 17 |
| 7 REFERÊNCIAS | 18 |

1 INTRODUÇÃO

São João Del Rei é um município do estado de Minas Gerais que está localizado na Bacia do Rio Grande. Faz divisa com o município de Santa Cruz de Minas, Tiradentes, Coronel Xavier Chaves, Ritópolis, Barroso, São Tiago, Conceição da Barra de Minas, Nazareno, Madre de Deus de Minas, Carrancas, Piedade do Rio Grande, Barbacena e Ibertioga. Possui cerca de 84.404 habitantes, sendo que 11% dessa população possui mais de 60 anos de idade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2010).

A área de abrangência a ser estudada está na área rural, a cerca de 40 km do centro de São João Del Rei. Limita-se ao norte com Chávez, ao sul limita-se com Cedro, ao leste faz divisa com Vendinha e a oeste com Zoera. Conta com uma população de 2.150 habitantes, sendo que 1.500 deles moram em São Miguel de Cajurú e o restante vive nas comunidades vizinhas. A população vive da agricultura. No local há uma igreja, uma escola e a Unidade Básica de Saúde (UBS) São Miguel de Cajurú, fundada em 2005. A UBS em questão assiste toda essa população.

A UBS São Miguel de Cajurú presta serviço para a comunidade de segunda a sexta-feira. São realizados atendimentos médicos, com consultas de medicina geral comunitária, odontologia, vacina e enfermagem. Além disso, há serviço da ambulância para os pacientes. Entre os 2150 habitantes da área de abrangência da Equipe de Saúde PSF Cajuru, 1027 são homens (47,8%) e 1123 são mulheres (52,2%).

Com relação às doenças referidas, até o momento não existem casos de hanseníase e leishmaniose, embora a área seja considerada de risco para a leishmaniose.

Existe um incremento de casos novos de Hipertensão Arterial (HTA) e diabetes. É importante registrar que existe um aumento de 4 pacientes diabéticos com complicações renais. Esses usuários necessitam de sessões de hemodiálise. Deve-se também registrar o aumento significativo desse quadro clínico em pacientes do sexo feminino e em idades

acima de 40 anos. Essa realidade motivou a equipe a trabalhar este problema de saúde que tanto afeta os indivíduos com diabetes.

A situação supracitada revela a existência do seguinte **problema**: O que está provocando o comprometimento renal nos pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde PSF Cajuru?

Problema Prioritário: Aumento de complicação renal em pacientes diabéticos que necessitam tratamento com hemodiálise.

Este diagnóstico constitui a base das ações que visam à melhora da situação de saúde da população de Cajuru, visando identificar as principais dificuldades e atuando sobre os fatores de risco.

Os principais problemas encontrados foram:

- Aumento do número de pacientes diabéticos com complicações renais que realizam tratamento com hemodiálise.
- Alta incidência de doenças crônicas (HTA 43 casos e diabetes 9).
- Alto risco de acidentes e de doenças transmissíveis (leptospiroses, dengue, intoxicações entre outras).
- Pouca pesquisa dedicada à incidência de leishmanioses, embora a área em questão seja considerada de risco para a doença.

2 JUSTIFICATIVA

O aumento da incidência das doenças crônicas na população é um fato conhecido que tem suscitado muitas discussões. O cuidado com a saúde das pessoas em relação a essas doenças é um grande problema para a saúde pública, abrangendo varias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado diariamente pelas pessoas que vivenciam o problema, sejam usuários ou cuidadores.

A realização do presente estudo permitirá um aprofundamento no assunto, favorecendo a instrumentalização e um seguimento adequado, com o controle do paciente por meio de consultas e exames laboratoriais (glicose em jejum, Hemoglobina Glicada e Creatinina), bem como visitas domiciliares aos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Elaborar um plano de ação para atuar sobre o modo e estilo de vida dos pacientes com diabetes do PSF Cajuru.

3.2 Específicos

- Formar um grupo com os pacientes com diabetes do PSF Cajuru visando aumentar o conhecimento da doença.
- Manter o controle da pressão arterial, glicose e creatinina dos pacientes com diabetes do PSF Cajuru.
- Promover a prática de exercício físico para os pacientes com diabetes do PSF Cajuru.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O número de pacientes diabéticos que iniciam diálise aumentou em todo o mundo, caminhando para uma verdadeira epidemia. Em termos de características demográficas, complicações, morbidades e objetivos de tratamento, essa parcela da população possui diferenças significativas com o restante dos pacientes em diálise. São indivíduos que necessitam de um tratamento especial (padrão de acesso vascular para hemodiálise ou diálise, controle do diabetes e anemia, vasculopatia e retinopatia) (BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000; SOUSA, 2007).

O aumento da incidência das doenças crônicas entre a população tem suscitado muitas discussões sobre o tema. O cuidado com a saúde das pessoas afetadas por essas doenças é um grande problema para a saúde pública, representando um desafio a ser enfrentado no dia a dia tanto daqueles que vivenciam a situação e também dos cuidadores. Dentre as doenças crônicas, destacam-se o diabetes mellitus, (DM), a hipertensão arterial, (HA), as doenças cardiovasculares e a insuficiência renal crônica (IRC) (BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000; SOUSA, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima-se que existam cerca de 20.000 novos casos, por ano, de pacientes que iniciam diálise no Brasil (BRASIL 2003). O gráfico 1 destaca as doenças associadas com a IRC.

O aumento da prevalência do diabetes no Brasil e no mundo, frequentemente associado à HA, à doença cardiovascular e ao envelhecimento populacional está associado ao crescente número de IRC –(BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000; SOUSA, 2007).

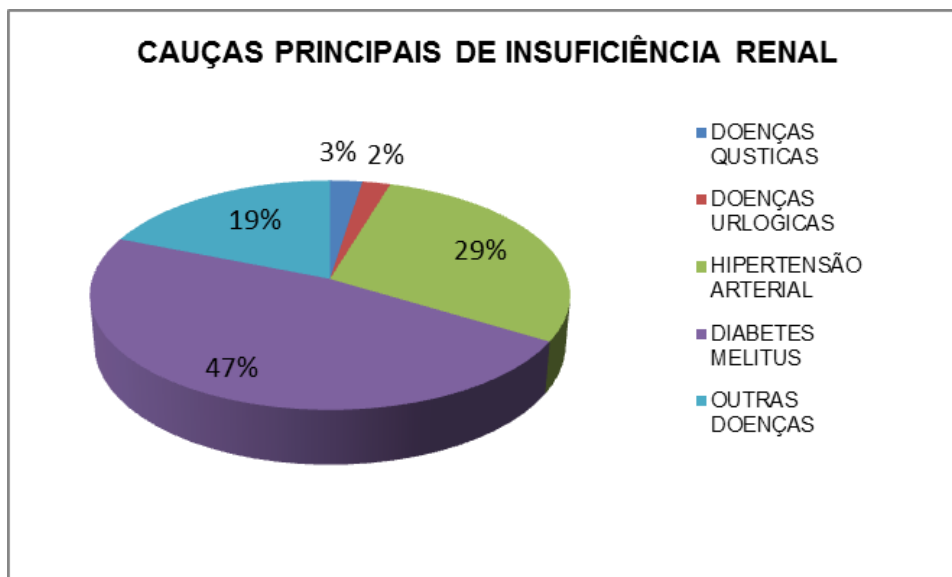


Gráfico 1- Principais doenças associadas à IRC.

Quando associada ao diabetes, a DRC se instala de forma gradativa e assintomática, evoluindo com perda de função renal. Há, portanto, a necessidade de tratamento com diálise ou transplante, limitando a qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura. Mesmo na fase assintomática da IRC, em que a pessoa está aparentemente saudável, o risco de morte prematura de causa cardiovascular, independente do grau de comprometimento renal, é maior (OLIVEIRA, 1994; BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000; SOUSA, 2007).

O gasto anual específico para procedimentos de diálise financiados pelo SUS supera os US\$ 400 milhões no Brasil (BARROS et al., 1999). É fundamental, portanto, que os profissionais direcionem esforços contínuos para o conhecimento da IRC e fatores associados, percebendo e identificando as necessidades e expectativas individuais dos pacientes afetados por essa condição. É preciso criar condições de mudança para possibilitar, além do prolongamento da sobrevivência, uma melhoria na qualidade de vida do

paciente com IRC submetido à hemodiálise (ALMEIDA E MELEIRO, 2000; SOUSA, 2007).

Quando associada ao diabetes, o dano aos rins raramente ocorre nos primeiros 10 anos da doença. São necessários, normalmente, entre 15 e 25 anos da presença de diabetes no indivíduo para que aconteça a IRC (OLIVEIRA, 1994; BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000). Sendo assim, segundo os autores, as pessoas com diabetes devem ser regularmente monitoradas para uma possível doença renal. Os dois principais marcadores de doença renal são EGFR e albumina na urina. A EGFR representa a "taxa de filtração glomerular." O cálculo da EGFR baseado na quantidade de creatinina no sangue. A medida que o nível de creatinina aumenta, a taxa de filtração glomerular diminui. A IRC está presente quando a quantidade de EGFR é inferior a 60 mililitros por minuto. A *American Diabetes Association (ADA)* recomenda que o EGFR seja calculada a partir da creatinina sérica pelo menos uma vez por ano em todo indivíduo diagnosticado com diabetes.

Quando os rins estão funcionando bem, a urina contém grandes quantidades de creatinina, mas quase nenhuma albumina. Até mesmo um pequeno aumento na proporção de albumina para creatinina é um sinal de dano renal (BARROS et al., 1999; ALMEIDA E MELEIRO, 2000).

5 METODOLOGIA

Os pacientes serão informados do projeto para obter seu consentimento para à participação.

5.1 Universo

O estudo contará com a participação de todos os pacientes diabéticos e familiares de primeira linha com sintomas e fatores de risco de diabetes pertencente à comunidade assistida pelo PSF Cajuru. Esses indivíduos serão avaliados após quatro meses em consulta e visita domiciliar para determinar os fatores de risco, hábitos de higiene, estilo de vida e hábitos alimentares (Quadro 1). Além disso, será realizada a aferição da pressão arterial e exames laboratoriais (glicose em jejum e post-pandrial, Hb glicada e creatinina).

Será realizada uma avaliação em cada consulta, e também a visita domiciliar para se analisarem os exames laboratoriais, a pressão arterial e se houve modificação do estilo de vida dos pacientes em questão.

Quadro 1- Critérios utilizados na avaliação dos pacientes com diabetes e dos familiares de primeira linha com sintomas e fatores de risco para diabetes assistidos pelo PSF Cajuru.

| Critérios a avaliar | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Controle da glicose | | | | | | X | | | | X | | |
| Controle da Pressão | | | | | | X | | | | X | | |
| Hb Glicada | | | | | | X | | | | X | | |
| Creatinina | | | | | | X | | | | X | | |
| Modificação de estilo de vida | | | | | | X | | | | X | | |

Crêterios de inclusão

Serão incluídos todos os pacientes com diabetes e familiares de primeira linha com sintomas e fatores de risco para diabetes assistidos pelo PSF Cajuru que realizem a consulta médica. As variáveis mensuradas serão: idade, sexo, cumprimento do tratamento e hábitos alimentares, controle da glicemia e creatinina e prática de exercício físico.

Crêterios de exclusão

Pacientes que não realize consulta médica e se recuse a fazer os exames laboratoriais.

Processamento dos dados

As informa es serão armazenadas em uma base de dados do *software* EPIINFO.

6 PLANO DE AÇÃO

| Operações | Resultado | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---|--|--|---|---|
| Aumentar os conhecimentos sobre as complicações produzidas por descontrole da diabetes e hipertensão. | Diabéticos e hipertensos com maior grão de conhecimento sobre sua doença. | Formação de grupos de diabéticos e hipertensos, realização de Palestras e outras atividades. Incrementar informativos nos PSF sobre as complicações produzidas por descontrole das doenças. | Equipo de saúde (enfermeira do ESF) | Início dois meses Início dois meses Início dois meses |
| Contribuímos com seu melhor cuidado | Adequação da oferta de consulta á demanda. Organização da agenda para o trabalho com grupos específicos e de risco. | Definir os protocolos atuação a pacientes diabéticos e hipertensos. Trabalhar com grupos específicos e de risco, para manter controle das doenças. | Médico, enfermeira e resto da equipe de saúde. | Início em três meses Início dois meses |
| Línea de cuidado | Cobertura de consultas na PSF. Coordenação da avaliação por especialistas dos pacientes e com fatores de risco associado. | Linha de cuidado para pacientes. Garantir a cobertura do exames laboratoriais e avaliação para o controle e seguimentos dos pacientes. Recursos humanos capacitados | Médico do ESF. Secretaria Municipal de Saúde Médico do ESF. | Início em três meses Início em dois meses |

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA AM, MELEIRO AM. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, 2000.

BARROS E et al. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para diabetes e doença renal*. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_Deficiencia/tab1_1.pdf> Acesso: 19 setembro 2015.

SOUSA F. *Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário*. Alfenas-MG 2007.

<<http://www.diabetes.org.br/artigos-sobre-diabetes/diabetes-e-doenca-renal-cronica>>

Acesso: 19 setembro 2015.
