

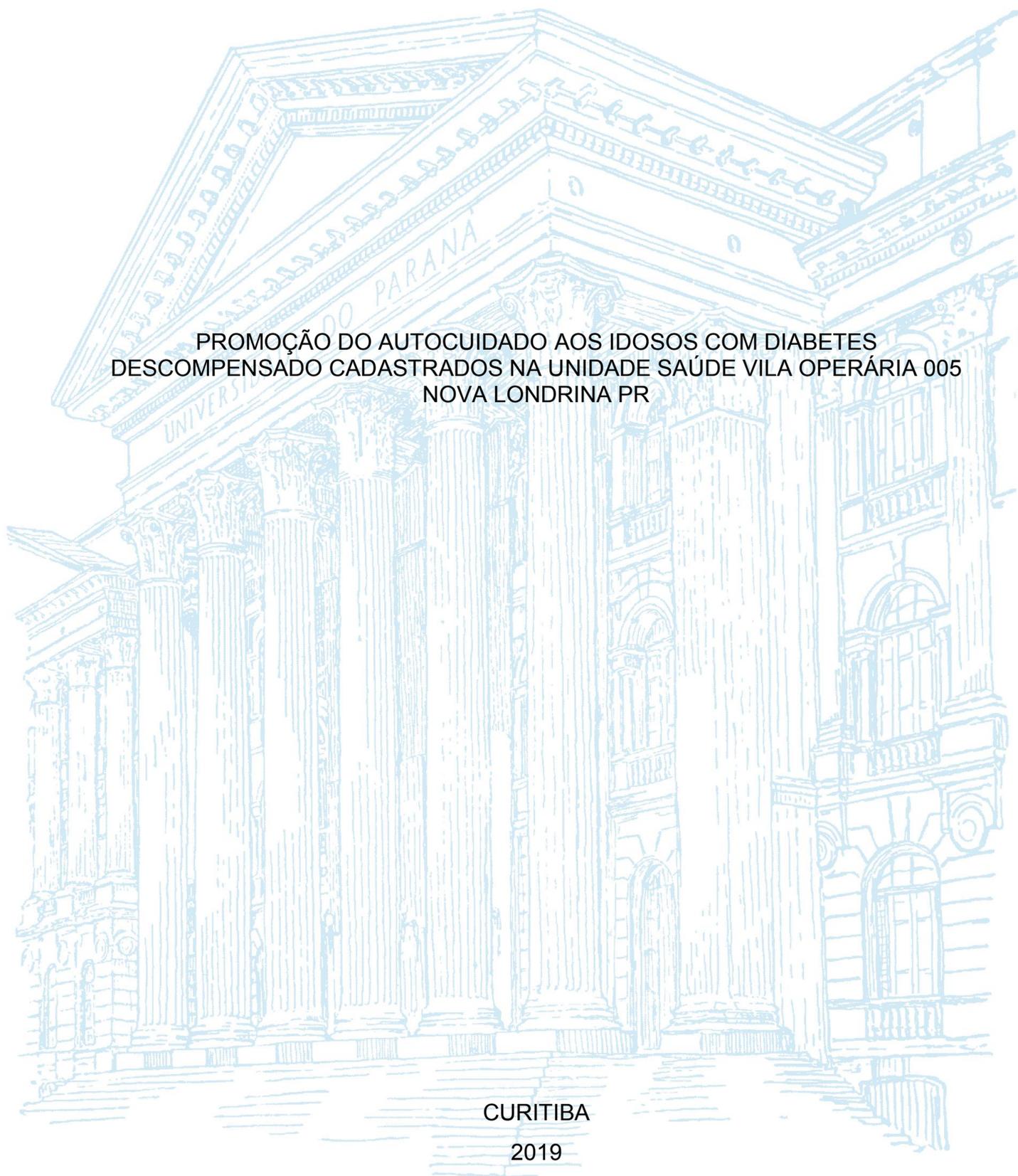
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZ COSTA FEITOSA JUNIOR

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AOS IDOSOS COM DIABETES
DESCOMPENSADO CADASTRADOS NA UNIDADE SAÚDE VILA OPERÁRIA 005
NOVA LONDRINA PR

CURITIBA

2019



LUIZ COSTA FEITOSA JUNIOR

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AOS IDOSOS COM DIABETES
DESCOMPENSADO CADASTRADOS NA UNIDADE SAÚDE VILA OPERÁRIA 005
NOVA LONDRINA PR.

TCC apresentado ao curso de Especialização em
Atenção Básica Setor de ciências e saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Atenção Básica.

Orientador: Prof. Edevar Daniel

CURITIBA

2019

RESUMO

Na elaboração do plano de ação de promoção do autocuidado dos pacientes com diabéticos descompensados cadastrados na USF 005 Nova Londrina – Paraná, devido ao mau uso da medicação, alimentação, inadequada e estilo de vida sedentário, buscou-se analisar a sua viabilidade e procurou-se compreender a gênese do problema. Para isso, foram descritas as consequências do problema em questão. Foram levantadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, incluindo ações como: descrição das operações para o enfrentamento das causas, acompanhando o tratamento medicamentoso para um melhor controle e acesso e uso dos medicamentos necessários para controle clínico da doença através da USF e sua equipe de saúde. Monitoramento junto à equipe de saúde, dando acesso completo à medicação e tratamento adequado ao idoso. A ESF deve oferecer ganho de conhecimento simplificado em forma orientativa ao idoso, identificando os recursos e resultados para cada operação definida e viabilizando recursos necessários para a concretização das operações. Problematicou-se o pouco nível de informação sobre estilo de vida saudável. São idosos com difícil acesso às mídias de notícias rápidas como internet, outras mídias digitais informativas, considerando as dificuldades visuais até para realizar leitura, sem contar que alguns são privados totalmente destas fontes de acesso rápido. Promovendo o autocuidado e ofertando estas informações de maneira adequada às limitações destes pacientes, também são sanadas as dúvidas a respeito do uso de medicação devido à atenção individual ofertada também pelo projeto. Conclui-se, então, que os programas de educação em diabetes permitem a vivência e a experiência em se trabalhar de forma conjunta, integrando e compartilhando conhecimentos, visando à redução da mortalidade e suas complicações para melhorar a qualidade de vida.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus; Obesidade; Autocuidado; Atenção Básica à Saúde; Prevenção de Doenças;

ABSTRACT

In a mobilization plant for the promotion of self-care of Diabetic patients undertaking registered in Usf 005 Nova Londrina PR. This is an inadequate medication, power, and sedentary style of life, it sought to analyze its viability and sought a genesis of the problem. For this, the consequences of the problem in question were described. They were raised as solutions and strategies to address the problem, including actions such as: description of the operations to address the causes, follow-up of drug treatments for better control and access and use of medicines necessary for clinical control of the disease through USF and of yours health team. Monitoring with the health team has complete access to appropriate medication and treatment for the elderly. ESF should have gain of simplified knowledge in a guideline to the elderly. Identifying the resources and results for each operation defined and enabling them the necessary resources for a concretization of the operations. The processed as the news keys as the internet, while the news people as having sent to the other side as if it were a person. . Promoting self-care and offering information so that the patient is treated, as well as people who have the right to use medication for the individual care of a person also by the project. It is concluded that diabetes education programs allow an experience and experience in working together, integrating and sharing knowledge, aiming at reducing mortality and its complications to improve the quality of life.

Key words: Diabetes Mellitus; Obesity; Autocuidado; Basic Health Care; Prevention of Diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 METODOLOGIA	10
3.1 CRONOGRAMA	10
3.2 METAS	13
3.3 PÚBLICO ALVO	14
3.4 OPERAÇÃO	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Na Unidade de Saúde da Família Vila Operária 005, no município de Nova Londrina no Paraná, existe um predomínio de moradores idosos, moradores antigos do município, maior parte nascida e criada por toda sua vida em residências no município. Grande parte desses idosos são ex-trabalhadores rurais ou antigos comerciantes municipais, com nível de escolaridade baixo ou nenhum grau de alfabetização, com linguagem própria do interior (antiga e regional).

O bairro apresenta condições mínimas de infraestrutura e saneamento básico. São estruturas antigas que sofrem pouco ou nenhum tipo de manutenção, infringindo os direitos ao acesso, saneamento básico adequado e ao direito do idoso. 70% dos idosos da microárea são obesos e sedentários.

Estes idosos possuem acesso limitado e restrito aos meios de informações e conhecimentos. A maior parte é ofertada por mídia via digital, como acesso à internet, noticiários informativos digitais, jornais. Esse pouco acesso é devido à situação de infraestrutura, financeira, familiar e dificuldade de aprendizagem e de manuseio de tecnologias, dificultando aproximação e acesso ao conhecimento.

Situações claras de distanciamento familiar aumentam o número de agravos situacionais à saúde física e emocional do idoso, provocando isolamento social, falta de acolhimento e de humanização. A grande maioria desconhece os direitos oferecidos pelo estatuto do idoso, até mesmo direito de acesso e participação junto ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Desconhecem também o direito participativo das atividades ofertadas pelo NASF, impedidos, muitas vezes, pelos fatores físicos e desemprego social familiar para incentivo à participação e suporte na locomoção. Limitações visuais e auditivas são as maiores queixas referentes a restrições e à não participação nas atividades ofertadas com práticas em grupos, acesso a educador físico, acompanhamento com psicóloga e nutricionista, gerada pelo medo da impotência causada pelos sinais e sintomas da velhice.

A Unidade Vila Operária 005 tem cadastrados 3,376 pessoas, total de 991 idosos, de 812 crianças e adolescentes e de 1573 jovens e adultos, dentre os quais homens e mulheres. Dentro do total de 991 idosos cadastramos em nossa unidade, 693 idosos são portadores de diabetes. Destaca-se também o número total de 776 pacientes portadores de hipertensão. Os portadores classificados com ambas as

patologias crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, somam um total de 486 pacientes cadastrados. Idosos que fazem acompanhamento de rastreio e controle da saúde mental somam um total de 396. Em nossa área de atuação temos 32 idosos acamados e, destes, 14 são portadores de diabetes e 8 portadores de hipertensão, 10 são por agravos da doença mental neurológica ou acidente traumático.

Após a estratificação de risco e controle clínico, plano de atuação da ESF e NASF, no manejo da doença e na qualidade de vida com práticas de bons hábitos e foco em atividades multidisciplinares para ganho de saúde físico e mental, temos apenas 192 pacientes de difícil controle da doença, oscilando e apresentando variações na descompensação diabética. Envolve-se nesse processo o descontrole alimentar, tanto por descaso ou por fator financeiro, para acesso aos alimentos de maior adequação a doença do diabetes, fator emocional pela não aceitação da doença e descaso familiar por não se dar suporte estrutural, emocional e afetivo necessário.

A procura do serviço de saúde pública apresenta demanda de 65% de idosos, com 22% jovens e adultos (homens e mulheres) e 13% crianças e adolescentes. As queixas de maior frequência formalizadas e realizadas pelos idosos são dores pelo corpo. Eles referem-se sempre a dores nas pernas, fraqueza e perda de massa muscular em membros inferiores e superiores e dores na coluna de forma geral. Uma outra queixa muito frequente é a vontade excessiva de urinar no período noturno da madrugada (noctúria) relacionada aos fatores como idade e doença, por exemplo, diabetes. Apresentam, assim, em seu quadro, sintomas de alteração da frequência urinária no período da noite.

Perda da memória e diminuição do quadro auditivo, como dificuldade para ouvir e compreender, também aparecem como sintomas frequentes, além do cansaço excessivo, da falta de ar, da fadiga muscular, do aporte proteico e nutritivo insuficiente. Destacam-se também queixas depressivas de tristeza, perda de apetite, insônia, desânimo, vontade de ficar deitado, sinais claros de falta de humanização e de acolhimento familiar, distanciamento familiar e isolamento social, por falta de comunicabilidade e afetividade diária, sem participação em seu meio social. Todos esses fatores acabam por deprimir o idoso.

As doenças de maior procura para ajuda e tratamentos são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes, hipertensão arterial, obesidade,

DPOC, doença pulmonar obstrutiva crônica (asma, enfisema, bronquite) e, em alguns casos, artropatias. Algumas das complicações são causadas pelos descontroles destas doenças como neuropatia e oftalmopatia diabética, diminuição da função renal, dores sem explicações pelo corpo, quase sempre na canela e nos pés. Destacam-se também os hipertensos com dores torácicas retroesternal, cefaleias intensas, taquicardia, aumento dos batimentos do coração, falta de ar, DPOC, crise cardíaca, sensação de aperto na caixa torácica ou no peito, episódios de esquecimentos em situações perigosas como deixar fogão aceso, ferro de passar roupa na tomada, falta de recordação de onde deixou a chave do carro ou documento importante por não lembrar onde guardou, certeza ou incerteza de ter pago uma conta ou, até mesmo, quanto a fechar a porta da casa de forma correta e segura.

A revolução tecnológica e industrial trouxe consequências econômicas e sociais para a sociedade, resultando em mudanças no perfil demográfico e de morbimortalidade da população e acarretando doenças crônicas e não transmissíveis, dentre elas as cardiovasculares, que ganham papel relevante no perfil epidemiológico (BRASÍLIA, 2006). Essas doenças produzem elevados custos aos sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoce e, sobretudo, para a sociedade, em especial, famílias e pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2008). Os maus hábitos alimentares, o sedentarismo e o histórico familiar de doenças coronarianas influenciam nas alterações das lipoproteínas plasmáticas circulantes no sangue, podendo levar o indivíduo a sofrer arteriosclerose e doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007), o número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida do paciente com diabetes. Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por níveis elevados e mantidos de glicemia, que acomete 7,6% da população entre 30 e 69 anos, sendo suas complicações crônicas o principal responsável pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos, além de custos elevados para a saúde pública, tornando-se um grande problema da atualidade.

Tais complicações, classificadas em microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) ou macrovasculares (doença arterial coronária, doença vascular periférica, doença cerebrovascular) são, notadamente, agravadas pelo não

controle da doença. O risco de desenvolver complicações crônicas graves em diabéticos é enorme. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando existe menção ao diabetes na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes. É válido salientar que os custos com o DM afetam todos, porém não é apenas um problema econômico. A dor, a ansiedade, a inconveniência e a perda de estilo de vida são custos que apresentam forte impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, além de serem custos intangíveis (SBD, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Orientar a promoção do autocuidado dos pacientes idosos diabéticos descompensados cadastrados na USF Vila Operária 005 no município de Nova Londrina - PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover encontros orientativos informativos, em forma de prevenção para uma melhor orientação dos pacientes selecionados;
- Acompanhar o tratamento medicamentoso para um melhor controle e acesso para controle clínico da doença através da USF e sua equipe de saúde;
- Triar os pacientes cadastrados na unidade 005 Vila Operária como diabéticos descompensados para controle laboratorial específico.

3 METODOLOGIA

3.1 CRONOGRAMA

Data/horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados (Flyer, vídeo, textos,etc)
03/06/2019	Triar os pacientes cadastrados na unidade 005 Vila Operária como diabéticos descompensados para controle laboratorial específico.	roda de conversa, palestra, reunião, oficina, workshop	1:00 Hora/idosos triado e diagnosticados com diabetes há mais de 6 meses e cadastrados na unidade Vila Operaria 005 com Diabetes descompensado/triagem: ACs realizando busca ativa, técnica enfermagem e enfermaria, médico, suporte clínico laboratorial orientativo preventivo.	
04/06/2019	* Promover encontros orientativos informativos em forma de prevenção para melhor orientação dos pacientes selecionados.	Orientar sobre males causados pelo sedentarismo ressaltar a importância da prática da atividade física adequada e compatível com idade, orientar	1:00 Hora/ Idoso. Equipe da unidade 005 Vila Operária/ NASF: Nutricionista, educadora física e Psicóloga, Odontologia.	-

sobre
melhorar a
qualidade da
alimentação
dos
participantes
e atingir,
assim, os
índices
glicêmicos
adequados
para sua
condição

Busca ativa
pela ACS e
técnica
enfermagem

05/06/19 * 06
/06/19
07/06/19
*10/06/19
11/06/19 *
12/06/19
13/06/19 *
14/06/19
17/06/19 *
18/06/19

**- Acompanhar o
tratamento
medicamentoso
para um
melhor controle
e acesso
para controle
clínico da
doença através
da USF e
sua equipe de
saúde.**

Consulta
médica
11/06/2019 e
18/06/19 age
ndada: 7:30
às 8:15
triagem, das
8:20 às
11:30
agenda
programada
ao idoso com
diabetes

ACs
realizarão
busca ativa e
visita
domiciliar
para
notificações e
rastreamento,
visita da
técnica de
enfermagem
para controle
de glicemia
capilar e
aferição da
pressão
arterial,
programando
seguinte
consulta com
agenda
programado
ao idoso.

Visita realizada por Acs
e técnicas em
enfermagem com tempo
de duração de 10 a 12
minutos,
visando objetivos de
forma clara, lógica rápida
e adaptada a cada
idoso/família.

Consulta médica
programada, com média
de 15-20 minutos para
uma avaliação clínica e
laboratorial situacional do
paciente. Acolher,
humanizar e orientar
sobre a importância na
prevenção mediante
consulta.

descompensa
dos
cadastrados
na unidade
saúde vila
operária 005.

Quadro 1: Cronograma de trabalho com o público selecionado

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	ESPERADOS RECURSOS NECESSÁRIOS
Diabéticos com índices glicêmicos alterados por mau uso da medicação, alimentação inadequada e estilo de vida sedentário.	Seleção entre pacientes diabéticos na busca pelos pacientes descompensados através dos prontuários cadastrados na USF.	Nivelar os conhecimentos desse público e, assim, melhorar seus índices glicêmicos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.	Recursos organizacionais e financeiros.
Pouco nível de informação sobre estilo de vida saudável e acessível entre diabéticos.	Propor encontros com profissionais especializados que ofereçam recursos acessíveis para melhora dos hábitos de vida e alimentares.	Diminuir o sedentarismo e melhorar a qualidade da alimentação dos participantes e atingir, assim, os índices glicêmicos adequados para sua condição	Recursos organizacionais e cognitivos.

Aumento da população diabética descompensada na zona de abrangência da USF devido ao mau uso da medicação.	Planejamento de ações periódicas de atendimento individualizado focado na patologia em questão, a fim de promover o autocuidado e orientar esses pacientes sobre o uso correto de sua medicação	Adequar o uso e horário das medicações dos pacientes de acordo com seus índices glicêmicos.	Recursos Organizacionais.
--	---	---	---------------------------

Quadro 2: Plano de Ação – Ação “Qualidade de Vida, autocuidados consciente” na população sob responsabilidade da USF Vila Operária 005 Nova Londrina - Paraná

3.2 METAS

Orientar sobre a prática de atividade física, necessidade e benefícios dessa atividade diária como hábito de vida. Orientar sobre alimentação adequada aos portadores da doença, levando em conta o poderio socioeconômico do paciente, individualizando as necessidades, visando o acesso a essa alimentação adequada e orientando sobre a importância dela no controle da doença como forma de tratamento.

Monitorar, junto à equipe de saúde, 100% dos pacientes cadastrados no plano de intervenção, dando acesso completo à medicação e tratamento adequado ao idoso. ESF deve oferecer ganho de conhecimento simplificado em forma orientativa ao idoso cadastrado como diabético descompensado para participação no plano de intervenção e autocuidado.

Identificar 100% dos pacientes com glicemia alterada elevada para cadastro e participação no projeto de intervenção e controle preventivo das complicações e avanço da doença, mínima aceitação de identificação para controle glicêmico de 50% pacientes, até rastreio ativo para identificação para triagem necessária.

3.3 PÚBLICO ALVO

O Projeto tem como público alvo os idosos com diabetes descompensados cadastrados na USF Vila Operária 005. A amostra foi eleita conforme os critérios de seleção a seguir:

- Ter diagnóstico de diabetes há no mínimo 6 meses, pois, acredita-se que, durante esse período, o paciente já tenha aderido ao tratamento, bem como já tenha sido orientado por profissionais acerca da importância do autocuidado;
- Apresentar dificuldades em manter níveis glicêmicos dentro dos parâmetros normais;
- Serem cadastrados e acompanhados regularmente na unidade de saúde.

3.4 OPERAÇÃO

Além de revisão bibliográfica para o embasamento teórico do presente trabalho, a metodologia deu-se através de etapas e o mesmo foi organizado e desenvolvido de acordo com o quadro abaixo:

Etapa 1: Organização do projeto.

Etapa 2: Divulgação do projeto e constatação dos pacientes selecionados.

Etapa 3: Encontros com equipe ESF, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACs, odontologia, nutricionista, educador físico conjunto ao NASF e o setor de assistência social do trabalho multiprofissional de toda equipe ofertada pelo município.

Tema 1: Palestra explicativa

sobre a importância da alimentação saudável como aliada no controle da Hiperglicemia

-Equipe multidisciplinar da USF e Nutricionista do NASF e educador físico.

Local: USF.

Data: (escolha hiperdia)

Realização: reuniões com todos os membros da equipe a fim de sensibilizá-los a participar do projeto.

Divulgação através das agentes comunitárias de saúde (ACS), em suas visitas domiciliares.

Tema 2: Abordagem e degustação de receitas com baixo nível glicêmico para melhor adaptação do paciente à sua Patologia.

-Equipe de Enfermagem da USF e Nutricionista do NASF.

Local: USF

Data: (agenda programada)

Tema 3: A participação da família para um melhor acompanhamento dos pacientes diabéticos descompensados.

-Equipe Multidisciplinar da USF

Local: USF.

Data: agenda programada

Mapeamento e seleção dos pacientes portadores de diabetes com índices glicêmicos alterados, acompanhados pela

Em sala de espera através de cartazes e nas consultas periódicas.

Tema 4: Introdução sobre a variedade existente de tratamento para um melhor controle glicêmico e os riscos de manter uma vida sedentária.

equipe da USF

-Equipe Multidisciplinar da USF,
Fisioterapeuta e Educador
Físico do NASF

Local: USF

Data: agenda programada

Quadro 3: Projeto de intervenção educativa para promoção do autocuidado dos pacientes diabéticos descompensados cadastrados na USF Vila Operária 005 situado no Município de Nova Londrina – PR.

4 REVISÃO DA LITERATURA

O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma enfermidade metabólica complexa. Sua principal característica é a redução da secreção pancreática de insulina e uma redução da ação da insulina ou resistência à insulina nos órgãos periféricos, tendo como consequência a hiperglicemia. A resistência à insulina é observada, a princípio, no tecido muscular, onde ocorre crescimento da concentração de insulina para permitir a captação de glicose. Esta resistência é motivada por fatores genéticos ou por fatores ambientais, como obesidade, sedentarismo dentre outros (BRASIL, 2013).

A insulina é um hormônio anabólico fundamental para o controle da homeostase de glicose. É secretado pelas células betas das ilhotas pancreáticas nos períodos pós-prandiais, onde ocorre o aumento dos níveis de aminoácidos e glicose circulante. A insulina controla a homeostase de glicose de várias formas, diminuindo a produção hepática de glicose (através da redução da glicogenólise e gliconeogênese) e elevando a captação periférica de glicose, especialmente no tecido muscular e adiposo (CARVALHEIRA; ZECCHIN; SAAD, 2002).

Este hormônio bloqueia a produção e liberação de glicose no fígado através da inibição da glicogenólise e gliconeogênese. Ele estimula a concentração de glicogênio através do aumento do transporte de glicose no tecido muscular e síntese de glicogênio no músculo e fígado (CARVALHEIRA, ZECCHIN, SAAD, 2002). Ele é o principal responsável pelo controle e manutenção do balanço glicêmico.

A glicemia normal é preservada graças à estabilidade entre ação periférica da insulina e à eficácia de produção deste hormônio pelo pâncreas. A resistência à ação da insulina é uma irregularidade primária e precoce no curso da enfermidade. Esta se caracteriza pela redução da habilidade da insulina em estimular a utilização de glicose pelo tecido adiposo e pelo músculo (GABBAY, CESARINI, DIB, 2003).

Como já observado, a resistência à insulina é, inicialmente, apresentada nos tecidos musculares e fígado. A princípio, ocorre um aumento na produção de insulina, assim mantendo as concentrações normais de glicose circulante na corrente sanguínea, mas, conforme a doença avança, a secreção de insulina reduz gradativamente. Inicialmente, a hiperglicemia ocorre nos momentos pós-prandiais, assim, conforme a produção de insulina reduz, a produção de glicose hepática

umenta, causando elevação da glicose sanguínea pré-prandial (MAHAN, ESCOTT, 2005 apud SILVA, 2017). Esta condição pode ser de origem genética ou adquirida, na qual concentrações fisiológicas de insulina causam uma resposta subnormal na captação de glicose pelas células (CESARETI; KOBLMANN, 2005 apud SILVA, 2017).

Esta resistência pode ser verificada clinicamente quando os efeitos biológicos da insulina se tornam incapazes para garantir o aporte de glicose à musculatura esquelética e anular a produção endógena de glicose pelo fígado, que se torna elevada no Diabetes Mellitus tipo 2 (MAGNONI, STEFANO, KOVACS, 2007 apud SILVA, 2017). Os pacientes com diabetes tipo 2 podem ou não apresentar sintomas clássicos de diabetes não controlado e eles não possuem tendência a desenvolver cetoacidose. Embora os diabéticos tipo 2 não precisem de insulina exógena para subsistir, cerca de 40% ou mais, eventualmente, necessitaram de insulina exógena para o adequado de glicose sanguínea circulante. A insulina também pode ser essencial para o controle ao longo de períodos de hiperglicemia provocado por estresse, como durante doença ou cirurgia.

O Diabetes Mellitus tipo 2 alcançou, entre as doenças crônicas não transmissíveis, o maior crescimento dos últimos anos. Indivíduos diabéticos sofrem de uma grande redução da qualidade de vida decorrente de possíveis complicações, tais como: amputações de membros inferiores, cegueira, complicações microvasculares, pé diabético, doenças isquêmicas cardiovasculares, retinopatia diabética, neuropatia diabética. Esta última é a complicação mais comum do diabetes, compreendendo um composto de síndromes clínicas que atingem o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico. É uma doença causada por fatores favoráveis ao seu desenvolvimento tais como: industrialização, consumo de alimentos com elevados valores calóricos, alimentos com alto teor de carboidratos, sedentarismo associado aos fatores genéticos.

O diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2 é feito por aferições no plasma. O sangue deve ser coletado em um tubo contendo fluoreto de sódio, centrifugado, com separação do plasma, passando por estágios glicêmicos alterados e a tolerância diminuída. O diagnóstico para confirmação do Diabetes Mellitus tipo 2 segue o seguinte processo: glicemia de jejum $>126\text{mg/dl}$, sempre confirmado com a repetição do teste no dia seguinte ou dias posteriores, alternando a coleta sanguínea em jejum.

A prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 vem aumentando de maneira rápida e contínua em todo mundo nas últimas décadas. Em 1985 eram 30 milhões de casos no mundo; no ano de 2000 foram notificados 177 milhões de pessoas portadoras do diabetes. Diante do cenário de constante crescimento nos casos de Diabetes Mellitus tipo 2, estima-se que o Brasil tenha uma população de, aproximadamente, 11,3 milhões de diabéticos. Este aumento acontece, principalmente, nas faixas etárias mais altas (adultos e idosos). O Norte e o Nordeste do Brasil apresentam menor taxa de indicadores de Diabetes Mellitus, alcançando, respectivamente, 4,3% e 5,4% da população de 18 anos ou mais de idade (IBGE, 2014).

Estudos realizados em nove capitais de estados brasileiros revelaram que 46% dos indivíduos com diabetes não sabiam ser portadores da doença. Calcula-se que os custos decorrentes da perda da mão de obra pela presença de Diabetes Mellitus tipo 2 chegam a ser 5 vezes maiores que os diretos. Isso se deve ao acesso ilimitado à assistência à saúde (SBD, 2007). Com relação à escolaridade, observou-se que a faixa de escolaridade com predominância de portadores de diabetes, 9,6%, foi de indivíduos com ensino fundamental incompleto (IBGE 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou destacar a importância de se nivelar os conhecimentos de um público específico, a saber, idosos da Unidade de Saúde Vila Operária 005, em Nova Londrina – PR, a respeito do tratamento de diabetes descompensada e, assim, melhorar seus índices glicêmicos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Para isso, enfatizou-se aqui a necessidade de se diminuir o sedentarismo e melhorar a qualidade da alimentação dos participantes e atingir os índices glicêmicos adequados para sua condição. Tudo isso adequando o uso e horário das medicações dos pacientes de acordo com seus índices glicêmicos.

A estratégia utilizada para alcançar esses objetivos se deu através de seleção, entre pacientes diabéticos, de pacientes descompensados através dos prontuários cadastrados na USF 005 Vila Operária. A partir disso, buscou-se propor encontros com profissionais especializados que oferecessem recursos acessíveis para melhora dos hábitos de vida e alimentares. Destaca-se aqui o planejamento de ações periódicas de atendimento individualizado focado na patologia em questão, a fim de promover o autocuidado e orientar esses pacientes sobre o uso correto de sua medicação.

Esses encontros com os idosos com diabetes descompensado cadastrados na Unidade Saúde Vila Operária 005 tiveram uma duração de 40 minutos educativos e orientativos para um conjunto de 20 pacientes. A exposição sobre os cuidados desse público foi direcionada e adequada às limitações dos idosos participantes da palestra com a equipe Vila Operária 005, em forma de consulta médica no mesmo período da tarde, da qual utilizou-se 20 minutos para avaliação clínica, avaliação laboratorial e conduta terapêutica, além do diálogo educativo, orientativo e médico com o paciente.

Como se pode notar, o encontro com os idosos com diabetes descompensado tinha como objetivo orientar a promoção do autocuidado, promover encontros orientativos informativos para prevenção e tratamento, acompanhar o tratamento medicamentoso e triar os pacientes cadastrados na unidade acima mencionada. Tais objetivos foram alcançados num primeiro momento, porém, manter estes resultados e objetivos em rotatividade de 100% acaba tornando difícil o alcance em longo prazo, devido a diversos fatores, tais como: os políticos-

gestacional, a superlotação para análise laboratorial em tempo adequado, a superlotação das unidades saúde, dificultando manutenção do programa e, claro, a rotatividade de profissionais pertencentes ao grupo multiprofissional de trabalho.

Como resultados obtidos ao longo do processo de pesquisa, destaca-se a melhora no controle laboratorial glicêmico dos pacientes cadastrados no programa, resultando na diminuição das complicações de forma geral. Isso gerou, como consequência, a melhora na qualidade de vida dos pacientes, resultado que mostra que uma oferta adequada na promoção do autocuidado pode apresentar resultado satisfatório na prevenção da saúde.

- Contribuições da sua intervenção para: gestores, UBS, equipe de saúde, usuários/comunidade, município, sistema de saúde. A contribuição, de forma geral, acaba sendo enorme em médio longo prazo. De início, apresenta gastos com laboratórios e papelaria, mas, a médio longo prazo, a prevenção torna menor o custo possível. Sem complicações, diminuem as contrarreferências, diminuindo as despesas. Quanto maior o número de pessoas informadas de maneira adequada melhor o resultado preventivo, devido ao conhecimento de maior nível, diminuindo o número de consultas, com destaque para aquelas agendadas de controle mensal ou trimestral, adequadas às necessidades dos pacientes de maneira individualizada.
- Limitações do plano de intervenção ou, ainda, potencialidades e fragilidades: as limitações são destacadas como falta de aporte laboratorial em tempo e quantidade adequadas ao projeto de controle, rotatividade de profissionais, busca de resultados rápidos em curto tempo, sendo que o trabalho de prevenção traz sempre resultados de médio e longo prazo.
- Recomendação para intervenções futuras: apresentar, de forma clara, resultados específicos tanto em curto, médio e longo prazo para gestores, UBS, equipe de saúde, usuários/comunidade, município, sistema de saúde, abrangendo conhecimento destes, para que, assim, consigam melhor o apoio e a contribuição do sistema de maneira geral.

REFERÊNCIAS

BORBA, ANNA KARLA DE OLIVEIRA TITO et al. **Práticas Educativas em Diabetes Mellitus**: Revisão Integrativa da Literatura. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 169-176, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (série a. normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus**. 1 ed. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem**: (Princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHEIRA, José B. C.; ZECCHIN, Henrique G.; SAAD, Mario J. A. Vias de Sinalização da Insulina. **Portal Scielo**. Vol. 46, nº4, São Paulo: 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0004-27302002000400013> Acesso em 28 jul. 2019.

CESARETTI, Mario Luís Ribeiro; koblmann, Osvaldo. Modelos experimentais de resistência à Insulina e Obesidade: lições aproximadas. São Paulo, 2005. In: SILVA, Paloma C. **Diabetes Mellitus Tipo 2**. [TCC]. Faculdade Anhanguera, 2017. Disponível em <<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/16689/1/paloma%20calixto%20silva.pdf>> Acesso em 28 jul. 2019.

GABBAY, Mônica; CESARINI, Paulo R.; DIB, Sérgio A. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. **Portal de Pediatria**. Vol. 79, nº 03, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n3/v79n3a04.pdf>> Acesso em 28 jul. 2019.

IBGE | Cidades | Produto Interno Bruto dos Municípios - 2013 | Série revisada - Impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos, a preços correntes | **Comparação entre os Municípios**: Bahia». Disponível em <cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

MAGNONI, Daniel; STEFANUTO, Aliny; KOVACS, Cristiane. Nutrição Ambulatorial em Cardiologia. 1.ed. São Paulo: Sarvier, 2007. In: SILVA, Paloma C. **Diabetes Mellitus Tipo 2**. [TCC]. Faculdade Anhanguera, 2017. Disponível em <<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/16689/1/paloma%20calixto%20silva.pdf>> Acesso em 28 jul. 2019.

MAHAN, Kathleen; ESCOTT, Sylvia. Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. 11.ed. São Paulo: Roca, 2005. In: SILVA, Paloma C. **Diabetes Mellitus Tipo 2**. [TCC].

Faculdade Anhanguera, 2017. Disponível em <<https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/16689/1/paloma%20calixto%20silva.pdf>> Acesso em 28 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.