



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Mariasne Hechavarria Martinez

Diabetes Mellitus e Intervenções Educativas: ressignificando saberes e práticas

Florianópolis, Março de 2018

Mariasne Hechavarria Martinez

Diabetes Mellitus e Intervenções Educativas: ressignificando
saberes e práticas

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa Pruner Marques
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Mariasne Hechavarria Martinez

Diabetes Mellitus e Intervenções Educativas: ressignificando saberes e práticas

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa Pruner Marques
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A diabetes mellitus diz respeito a uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lipídios e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. A equipe de saúde da família tem identificado uma alta prevalência e incidência de novos casos da doença, dado aos altos fatores de risco que estão sendo apresentados pela população, os quais podem ser modificados com ações educativas necessárias para evitar o desenvolvimento da diabetes e suas complicações. **Objetivo:** Esse projeto de intervenção tem como objetivo construir coletivamente um modelo de intervenções educativas para problematizar e ressignificar os saberes e práticas sobre o diabetes mellitus em uma Unidade Básica de Saúde de Telemaco Borba, PR. **Metodologia:** Será realizado um estudo descritivo e de intervenção na Unidade Básica de Saúde de Telemaco Borba, PR. Por meio das bases de dados, será feita uma revisão da literatura nacional e internacional. O projeto será desenvolvido nas consultas da Unidade e na comunidade pelos agentes comunitários. Terá como estratégia e ação criar uma metodologia para qualificar a equipe de saúde através de técnicas de comunicação social e de modificação de comportamento, que visa estimular a participação ativa dos profissionais e dos(as) usuários(as). **Resultados esperados:** Espera-se com este projeto o cadastramento de usuários(as) portadores de Diabetes Mellitus compreendidos na microárea da equipe de Saúde da Família IV do município. A partir disso, proporcionar-se-á melhor vinculação dos(as) usuários(as) às unidades de atendimento, com garantia do diagnóstico e adesão ao tratamento. Espera-se ainda com análise dos dados, conhecer os fatores de riscos mais frequentes, propondo subsídios para um melhor acompanhamento pela equipe de saúde, assim identificando elementos que influenciam o processo de viver saudável de pessoas com Diabetes mellitus.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Estudos de Intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Telemaco Borba é um município brasileiro do estado do Paraná localizado na região dos Campos Gerais, a 238 km da capital Curitiba. Possui uma área territorial de 1382.86 km². Sua população estimada é de 76.550 habitantes, e em 2010 possuía 97,9% da população vivendo na área urbana (BORBA, 2016). O centro urbano foi idealizado pelo engenheiro Horacio Klavin, em 1940, e foi fundada a maior fábrica de papel e celulosa em todo o país. Também em 2015, o município configurava-se como o maior produtor de madeira do estado e o quarto maior do Brasil. O atendimento em saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é realizado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. A UPA foi inaugurada em 2016, e em 2013 foi implantado o Centro Regional de Especialidades. Na UBS Parque de Limeira, Área 6, tem uma população total acompanhada pela Equipe de Saúde da Família é de 7.392 pessoas, sendo homens 3402 (46,0%) e mulheres 3990 (54,0%).

Com relação a organização social e movimentos sociais no bairro existe a pastoral da criança, clube de mãe, artesanatos, aula de música, através da igreja, e uma escola. As entidades representativas da comunidade e as lideranças comunitárias são o presidente de bairro, o vereador Mauricio. Há também uma casa de apoio aos menores e um conselho tutelar. Quanto a escolaridade, a população tem principalmente o ensino fundamental completo. As condições de moradia são boas, sendo 10% precárias, ou seja tem família com boas condições e outras famílias muito carentes. A renda familiar é em média de 1 salário mínimo por família, apesar de oscilar entre as famílias. Existem varias áreas de risco no município, cada bairro tem uma parte da população que é mais carente, o que a torna vulnerável a áreas caracterizadas por pobreza, sujeira e saneamento básico irregular, dependentes do Programa Bolsa Família e leite, do governo. As áreas de risco ambiental e social envolvem ausência de sistema de esgoto, sendo despejado no rio, o lixo jogado em terreno vazio, saneamento básico em construção. A coleta de lixo ocorre 3 vezes na semana.

Os serviços públicos do bairro contam com 3 escolas, e uma UBS Área 6. O município conta com várias instituições de saúde, como um hospital municipal, com salas de internação para casos não graves e tratamento de urgências encaminhados se necessário, um centro de saúde, onde tem atendimento diário com consultas à demanda espontânea e de acompanhamento das doenças crônicas. Os serviços de saúde conta com uma equipe de Estratégia em Saúde da Família e atendimento no Hospital Municipal com serviços de: odontologia, médico, psiquiatria, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, psicologia, educação física. As queixas mais frequentes da população são relacionadas à hipertensão arterial, diabetes mellitus, as doença do aparelho respiratório, saúde mental e dermatites. As principais causas de internação aos idosos são por crises hi-

pertensivas, diabetes mellitus descompensada, problemas respiratórios sendo as doenças cardiovasculares como a hipertensão e as endócrino metabólicas como a diabetes as mais prevalentes na minha área de trabalho, neste tempo há uma alta incidência de Diabetes Mellitus.

A diabetes mellitus descreve-se como uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lipídios e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. Os efeitos da diabetes mellitus longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. Diabetes mellitus pode apresentar sintomas característicos tais como: sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves pode desenvolver-se cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetônico que pode conduzir letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. Na maioria das vezes os sintomas não são graves, podendo até estar ausentes, e conseqüentemente pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico. Identifica-se uma alta prevalência e incidência de diabetes mellitus, dado os altos fatores de risco que estão sendo apresentados pela população como sedentarismo, obesidade e a hipercolesterolemia, fatores que podem ser modificados com uma boa ação educativa necessária para evitar a diabetes e suas futuras complicações. Assim este grave problema de saúde pública exige evitar o uso abusivo de recursos como medicamentos que controlam a doença, evitar as mortes por complicações, que trazem consigo altos índices de mortalidade, reduzindo a expectativa de vida.

Por isso quero trabalhar na prevenção das complicações da diabetes mellitus atuando sobre os principais fatores de risco por meio da educação para saúde. É muito importante fazer este estudo, tendo em conta o comportamento de incidência e prevalência da diabetes mellitus, envolvendo os sentidos de integralidade do SUS e o trabalho em equipe, onde toda a equipe está envolvida e responsabilizada pelo aprendizado da doença e da parte educativa, evitando assim o surgimento de novos casos e trabalhando com aqueles mais vulneráveis às complicações.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Construir coletivamente um modelo de intervenções educativas para problematizar e ressignificar os saberes e práticas sobre o diabetes mellitus em uma Unidade Básica de Saúde de Telemaco Borba, PR.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar fatores que influenciam no aumento e eventuais fatores que contribuem para o enfrentamento/diminuição do diabetes mellitus.
- Identificar e propor modificações em ações que não estão sendo realizadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde frente as doenças crônicas, com foco para o diabetes mellitus.
- Propor estratégias de integração entre a equipe de saúde da família e os(as) usuários(as) para aprimoramento do cuidado em casos de diabetes mellitus na perspectiva da integralidade.

3 Revisão da Literatura

O diabetes mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. O Brasil ocupa a 4^a posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas, e muitas ainda nem foram diagnosticadas. (GODOY, 2014) O diabetes é uma doença de base genética e hereditária. Em geral, se há histórico na família entre parentes de primeiro grau, há possibilidades maiores de desenvolver a doença. O diabetes é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose pelo organismo. Pacientes com diabetes apresentam deficiência na função da insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, ou mesmo apresentam falta de insulina no organismo. Com a deficiência de insulina, o organismo não absorve a glicose e as taxas de açúcar no sangue aumentam de forma permanente, o que se caracteriza como hiperglicemia e dá origem ao diabetes (GODOY, 2014).

O diabetes é considerado fator de risco, principalmente devido a os distúrbios importantes causados no metabolismo de lipídeos. O diabetes mellitus é uma síndrome de comprometimento do metabolismo dos carboidratos, das gorduras e das proteínas, causada pela ausência de secreção de insulina ou por redução da sensibilidade dos tecidos à insulina. Um aspecto característico desta doença consiste na resposta secretora defeituosa ou deficiente de insulina, que se manifesta na utilização inadequada dos carboidratos (glicose), com conseqüente hiperglicemia. Se um indivíduo não tem glicose nas células, o organismo vai obter energia de outra fonte (lipídios). A glicose é o principal sinalizador para o pâncreas liberar a insulina pelas células das ilhotas de Langerhans, as células possuem receptores de insulina, a insulina se liga aos receptores e mobiliza os transportadores de glicose (GLUT), no tecido adiposo tem GLUT 4, no pâncreas tem o GLUT 2. Os GLUT vão até a superfície das células e transportam a glicose para dentro das células (LUCENA, 2007). A maior parte da glicose vai para a via glicolítica, onde a maior parte é transformada em glicogênio (estoque de glicose), em situação de jejum prolongado e diabetes, as células estão com falta de glicose, há quebra dos triglicérides para obter energia. O diabetes é um distúrbio no metabolismo da glicose do organismo, no qual a glicose presente no sangue passa pela urina sem ser usada como um nutriente pelo corpo; a diabetes está associada a o aumento da mortalidade e a o alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, como também de neuropatias. Pode resultar em cegueiras, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos excessivos em saúde e substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (LUCENA, 2007).

Atualmente DM é conhecido por quase toda população, pois é encontrada em todas as famílias, seja ela da classe rica ou pobre, mulher ou homem, idoso ou jovem ou de

qualquer etnia. É conhecida por leigos como uma doença que aparece por ingerir alimentos ricos em açúcares, e para grupos de pesquisas em saúde, uma patologia metabólica dos carboidratos que cresce com um ritmo desenfreado, e que merece um maior cuidado. DM é denominado como um grupo heterogêneo de disfunções no mecanismo de metabolização dos carboidratos, apresentando em comum o aumento da glicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina e na secreção de insulina, ou nas duas condições no mesmo momento. A hiperglicemia é resultado de problemas que envolvem a taxa de glicose no sangue, onde nos diabéticos seu diagnóstico apresenta valores que ultrapassam 126 mg/dL de glicose (em jejum). Esses valores sobem devido aos possíveis fatores como: dificuldade da glicose entrar nas células causando o aumento da quantidade da mesma no sangue tanto pelo defeito na produção de insulina, quanto pela total deficiência do pâncreas em produzi-la (BRASIL, 2006). O Ministério da Saúde também conceitua a DM como um grupo de doenças metabólicas que resultam da dificuldade de excreção ou atividade da insulina, envolvendo mecanismos nocivos específicos, como a destruição das células beta pancreáticas, resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina. Assim, levando a hiperglicemia e posteriormente ao desenvolvimento de complicações, como: problemas nas funções e insuficiência de determinados órgãos, sendo os principais os olhos (diminuindo a acuidade visual e risco de cegueira), os rins (insuficiência renal terminal), os nervos (dores ou insensibilidade pela neuropatia), cérebro (AVC), o coração e os vasos sanguíneos (arteriosclerose) (BRASIL, 2006).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) ao realizar pesquisas a respeito do DM levantou estimativas para esta patologia. Divulgou que em 1985, estimava haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, e em 1995 já haveria 135 milhões, esse número cresceu para 173 milhões em 2002, com projeção de atingir 300 milhões em 2030. Esse crescimento é verdadeiramente gradativo, caracterizando-se como uma doença de difícil controle por causa desse aumento. A progressão que se encaminha, condicionará para a saúde pública como uma epidemia de gastos nada subestimáveis. O condicionante percentual/idade traz o envelhecimento da população como característico no desenvolvimento desta doença, vê-se no estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes no país evidências quanto à influência da idade no aparecimento do DM, com um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, um aumento de 6,4 vezes, significando um potencial de risco cada vez mais presente na população idosa, que também tem os problemas como hipertensão, dentre outros agravantes, tornando-a vulnerável a morbidade (SAÚDE, 2002). Conforme dados colhidos pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) de 2011, implantado desde 2006 em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, mostra que o percentual de portadores de DM no Brasil corresponde a 5,6% da população. Dados recentes calculados pela *International Diabetes Federation* (IDF) para o ano de 2012 mostram que já existem 371 milhões de diabéticos no mundo. E em relação ao Brasil, o país coloca-se na quarta

posição (13,4 milhões) entre os primeiros dez países em número de pessoas com DM, antecedido apenas pela China (92,3 milhões), Índia (63 milhões) e Estados Unidos (24,1 milhões). Levando-se em consideração estas informações, ressalta-se assim que a epidemiologia do DM é caracterizada como um fator de extrema importância para a tomada de decisões, pois para chegarmos a concretizar modificações, é preciso indagar sobre essas questões (SOUZA, 2012).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países de baixa renda e de baixa e média renda e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2006).

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal, em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (LUCENA, 2007). No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência

que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o Diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade (BRASIL, 2006).

Atualmente o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. Indagar sobre essa situação seria bem importante, mas se percebe que não basta isso, mas sim, já iniciar trabalhos voltados para esse problema, porque o número de diabéticos cresce, e da mesma forma que crescem os problemas vigentes ao DM. O DM não é uma única patologia, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (SOUZA, 2012). Segundo Brasil (2006), a OMS estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, ou seja, até 2012, cerca de 2% dos indivíduos acometidos pelo DM estarão cegos, 10% terão deficiência visual grave e que 30% a 45% terão algum grau de retinopatia; 10% a 20% desenvolverão nefropatia; 20% a 35% de neuropatia; e 10% a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Esses são dados relevantes a se indagar sobre os problemas causados pelo DM, são essas as principais complicações causadas pela doença que se desenvolvem quando o diabetes não é tratado ou quando não diagnosticado precocemente. Estima-se que também apresentam maior incidência de catarata, impotência sexual, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

O DM e suas complicações são problemas de relevância para a população mundial, e no Brasil não é diferente, o número de diabéticos aqui é assustador, já existem 13 milhões de pessoas, sendo necessárias intervenções através de políticas públicas em saúde, criando estratégias de promoção e prevenção; dentre elas o rastreamento e o diagnóstico precoce do DM. A SBD calculou que no país os valores gastos diretos com o DM equivalem para os cofres públicos valores estimados entre 2,5% e 15% dos gastos anual em saúde, pois o governo fornece medicações hipoglicemiantes orais, insulinas, dentre outros. Mas o que mais remete também aos pacientes são aqueles ditos intangíveis, como as dores, a ansiedade, a perda de qualidade de vida para o indivíduo, causando um impacto na vida dos portadores e de seus familiares, que às vezes ficam com responsabilidades de acompanhamento e do cuidado. Estes dados mostram a necessidade da existência de acompanhamento contínuo durante toda a vida, resultando no desenvolvimento de uma

política assistencialista e de prevenção, a fim de que se possa trabalhar na redução do número de pessoas afetadas com tal patologia. No Brasil, os dados relacionados à doença revelam que, até 2025, o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os atuais 8 milhões (2010) de portadores da doença, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos. Portanto, é interessante que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença no portador pré-diabético, para que não desenvolva maiores problemas futuros, pois se alcançarmos esta estimativa teremos mais problemas com a doença, significando maiores gastos com cuidados e necessidade de mais mão-deobra qualificada (SOUZA, 2012).

No Brasil, tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência. A mortalidade proporcional por diabetes mellitus também tem mostrado um importante crescimento, quando comparada a outras afecções. Há estudos que demonstram que o diabetes como causa de morte tem sido subnotificado, pois os diabéticos geralmente morrem devido às complicações crônicas da doença, sendo estas que figuram como causa do óbito (SAÚDE, 2002). A preocupação e a dificuldade em se conceituar o termo Qualidade de Vida (QV) surgiram desde meados da década de 70. Nos dias atuais não houve consenso entre os pesquisadores sobre a definição do termo. O crescente interesse em ampliar os conhecimentos sobre QV pode ser exemplificado pela edição do periódico *Quality of Life Research*, na década de 90, e do *International Society of Quality of Life Research*, que reúne pesquisas de diversas áreas do saber. As informações sobre QV têm sido utilizadas para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças, os agravos à saúde e o impacto físico e psicossocial. QV é uma expressão que indica as condições de vida de um ser humano, que envolver várias áreas, como o bem físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, como família e amigos e também saúde, educação e outros parâmetros que afetam a vida humana. Para garantir uma boa QV, deve-se ter hábitos saudáveis, cuidar bem do corpo, ter uma alimentação equilibrada, relacionamentos saudáveis, ter tempo para lazer e vários outros hábitos que façam o indivíduo se sentir bem, que tragam boas consequências, como usar o humor para lidar com situações de stress, definir objetivos de vida e fazem com que a pessoa sinta que tem controle sobre sua própria vida. Geralmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a QV dos indivíduos e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Mas não significa apenas saúde física e mental, mas sim que essas pessoas estejam bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter QV é estar em equilíbrio (SIGNIFICADOS, 2015)

A Carta de Otawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde -1986, com representantes de 38 países, definiu a promoção da saúde como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde,

incluindo uma maior participação no controle deste processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (MIRANZI, 2008). Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da QV, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. A primeira década do século XXI oferece um alto grau de sofisticação tecnológica ao monitoramento destas doenças. Portanto, para a garantia da QV, é importante investir na prevenção da hipertensão e do Diabetes mellitus, evitando agravos, hospitalização e consequentes gastos públicos. Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado a os pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os usuários e a ESF (MIRANZI, 2008).

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do estado brasileiro para a (SUS), que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. Assim como na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos. No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade (PINHEIRO, 2009).

Assim, a idéia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença,

de história natural das doenças e da estratégia de integração. Porém, mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam, o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação a articulação das ações e a cooperação. Também estabelece uma tipologia de trabalho em equipe que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece e mudado momento do movimento contínuo da equipe: equipe integração e equipe agrupamento. A principal função dos profissionais e das equipes de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual. Esta proposta pressupõe três diretrizes: vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade, apostando no seu potencial para possibilitar a superação dos aspectos fundamentais sobre os quais repousa o modelo hegemônico biomédico (PEDUZZI, 2009).

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania. Como ‘prática de ensino-aprendizagem’ significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A educação em saúde se apóia no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de ‘aprendizagem significativa’ (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejo aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem a o universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. Não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe (teoria freiriana), o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, as deve ocorrer também o ‘estranhamento’ de saberes e a ‘desacomodação’ com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de ‘perguntação’, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber (CECCIM; FERLA, 2008).

4 Metodologia

Será realizado um estudo descritivo, transversal de intervenção no centro de saúde do município Telemaco Borba do Paraná. Iniciar-se-á com uma revisão da literatura nacional e internacional. O projeto será desenvolvido nas consultas da Unidade e no local dos agentes comunitários. Terá como estratégias e ações criar uma metodologia para treinar a equipe de saúde com métodos e técnicas de comunicação social e de comportamento. Junto à essência da estrutura e funcionamento dos cuidados de saúde primários, que visa estimular a participação ativa e responsável dos profissionais da ESF. Será desenvolvido um programa de educação em saúde para levar a informação aos usuários sobre as peculiaridades de sua doença, estilos de vida prejudiciais à saúde e fatores de risco relacionados. A proposta dos temas são: Diabetes/Atenção básica/Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa-intervenção que consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter sócio analítico. O processo de formulação da pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. O que se coloca em questão é a construção de uma "atitude de pesquisa" que irá radicalizar a idéia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado, considerando que essa interferência não se constitui em uma dificuldade própria às pesquisas sociais, em uma subjetividade a ser superada ou justificada no tratamento dos dados, configurando-se, antes, como condição ao próprio conhecimento (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Na literatura estrangeira a principal preocupação entre os pesquisadores não está diretamente ligada à diferença entre as metodologias da pesquisa participativa (PP) e da pesquisa-ação (PA), mas entre as pesquisas participativas e não participativas. Já na literatura brasileira, as diversas tendências metodológicas que envolvem o conceito de participação apresentam maior polêmica, gerando muitas vezes dificuldades quanto à sua compreensão. Uma clara distinção mostra-se necessária, pois a PA é uma forma de PP, mas nem todas as PP são PA (ROCHA; AGUIAR, 2003). O público-alvo serão os usuários portadores de Diabetes Mellitus compreendidos na micro área do Programa de Saúde da Família IV (PSF) do município, totalizando um número de aproximadamente 204. O encontro dos participantes envolvidos se dará a partir dos grupos de HIPERDIA, programas de atenção aos portadores de hipertensão e diabetes desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde. As reuniões acontecerão periodicamente, duas vezes ao mês, de forma programada. Serão utilizados instrumentos de intervenção de saúde a portadores de Diabetes Mellitus que permitirá abordagem voltada para estratificação de risco, promoção do autocuidado como estratégia para o tratamento e acompanhamento. O instrumento de estratificação

de risco bem como o de Indicadores para a linha de cuidado das pessoas com DM serão baseados no Caderno nº 36 de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica DM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

O instrumento de pesquisa será aplicado e avaliado pela médica e equipe de saúde. A seguir, serão propostas medidas educativas e intervencionistas a fim de evitar possíveis agravos decorrentes da doença e estimular ações de prevenção com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos. Os dados obtidos durante os encontros serão registrados e armazenados em prontuários eletrônicos através de sistema de informação de saúde (WINSAÚDE) utilizado pelo município. A partir da análise dos mesmos, estarão disponíveis para publicação e apreciação por parte da Secretaria de Saúde do Município para angariar recursos e fazer extensão do projeto aos demais PSF da cidade. Ampliar ações que já existem e aperfeiçoá-las na busca de um serviço de referência em Diabetes mellitus no Município. Como estratégia multidisciplinar de saúde no tratamento e acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus, as equipes de saúde serão envolvidas da seguinte forma: Os portadores de diabetes participantes do encontro HIPERDIA, serão também avaliados por profissionais da academia de saúde do município que direcionarão atividades físicas para esse grupo. Os participantes do grupo serão orientados e acompanhados pela nutricionista do município por meio de abordagem da alimentação saudável para adultos com glicemia alterada ou diabetes mellitus no controle da doença. Para apoiar as ações poderá ser utilizado o método dos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” descrita na versão de bolso do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, será realizada pelo médico ou pela enfermeira da Atenção Básica dentro do grupo HIPERDIA. O cuidado em saúde bucal de pessoas com DM participantes do grupo será proporcionado pelo serviço de odontologia oferecido pela UBS do município vinculado ao programa. Os usuários serão encaminhados para avaliação, cuidado e tratamento se necessário com o intuito de prevenir infecções agudas e condições inflamatórias que provocam o aumento da taxa glicose. Quanto aos cuidados éticos, todas as informações serão mantidas em sigilo para preservar a integridade física e moral dos participantes.

5 Resultados Esperados

Com este trabalho pretendemos primeiro, cadastrar corretamente os usuários com Diabetes Mellitus (DM) compreendidos na micro área do Programa de Saúde da Família IV (PSF) do município, totalizando um número de aproximadamente 204. Para o tratamento do DM são imprescindíveis a vinculação do usuário às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento. Durante encontros com os participantes envolvidos, que se dará a partir dos grupos de HIPERDIA, programas de atenção aos portadores de hipertensão e diabetes desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde, serão utilizados instrumentos de intervenção de saúde a estes usuários que permitirá um abordagem voltada para estratificação de risco, promoção do autocuidado como estratégia para o tratamento e acompanhamento do doente. O análise dos dados nos permitirá conhecer os fatores de riscos mais frequentes, um melhor acompanhamento por equipe de saúde, assim como os elementos que influenciam o processo de viver saudável de pessoas com DM.

Referências

- BORBA, I. telemaco. *Datos do municipio telemaco borba*. 2016. Disponível em: <<http://cod.ibege.gov.br/6WF>>. Acesso em: 01 Jul. 2017. Citado na página 9.
- BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica, 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>>. Acesso em: 11 Set. 2017. Citado na página 22.
- BRASIL. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 11 Set. 2017. Citado na página 22.
- BRASIL, M. da S. *Diabetes mellitus*. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. *Educação permanente em saúde*. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 01 Jul. 2017. Citado na página 19.
- GODOY, A. *Diabetes Mellitus um dos maiores mal de saúde*. 2014. Disponível em: <<http://www.portal.novartis.com.br>>. Acesso em: 03 Jul. 2017. Citado na página 13.
- LUCENA, J. B. da S. *Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2*. São Paulo: Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas., 2007. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- MIRANZI, S. de S. C. *Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família*. Florianópolis: Enfermagem versão impressa ISSN 0104-0707 texto com texto- enferm.v .17 np4, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- PEDUZZI, M. *Trabalho em equipe*. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 17 Jul. 2017. Citado na página 19.
- PINHEIRO, R. *Integralidade em Saúde*. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 17 Jul. 2017. Citado na página 18.
- ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. *Pesquisa- intervenção e a produção de novas análises*. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932003000400010>>. Acesso em: 19 Jul. 2017. Citado na página 21.
- SAÚDE, M. da. *Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 17.
- SIGNIFICADOS, S. *Qualidade de vida*. 2015. Disponível em: <<http://www.significados.com.br>>. Acesso em: 01 Jul. 2017. Citado na página 17.
- SOUZA, E. da C. *Diabetes Mellitus suas complicações: Curso trabalho de conclusão de curso apresentado a curso de bacharelado em enfermagem da christus facultadedo piaui- chrisfapi*. Piauí: Associação piripiriense de ensino superior- APES CHRISTUS FACULDADE DO PIAUI - CHRISFAPI, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.