

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Diminuição através de intervenções educativas do alto índice de complicações do diabetes mellitus na área de abrangência da UBS Jardim Fontanela, Jaguariúna, São Paulo.

**Aluno: DANAY PADRON RODRIGUEZ**

**Orientador: Prof. MARCIA REGINA CUNHA**

**São Paulo  
2015**

## SUMARIO.

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema .....	3
1.2. Justificativa da intervenção .....	
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral .....	7
2.2. Objetivos específicos .....	7
3. Revisão Bibliográfica .....	8
4. Metodologia.....	12
5. Resultados Esperados .....	16
6. Cronograma .....	17
7. Referências bibliográficas .....	18

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação e apresentação do problema**

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, que, a longo prazo, associa-se a danos, disfunção e falência de múltiplos órgãos, especialmente rins, coração, vasos sanguíneos, nervos e olhos.(1,2,3) Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a International Diabetes Federation (IDF), no ano de 2002, havia uma população estimada de cerca de 160 milhões de pessoas com diabetes mellitus em todo o mundo. As projeções para o ano de 2025 são de 300 milhões de portadores desta afecção.(4 ). O envelhecimento da população e a explosão demográfica são certamente os dois principais fatores para o aumento da prevalência do diabetes na população mundial.(5,6) Outro fator a ser levado em conta para este aumento na prevalência do diabetes são as campanhas de detecção e os métodos diagnósticos.

O diabetes mellitus tem sua maior prevalência em idosos. (5) Portanto, a melhoria da assistência à saúde, que permite ao portador de diabetes um aumento em sua vida média, também aumenta a prevalência desta doença.

O Diabetes mellitus é uma doença crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, que acomete milhares de pessoas em todo mundo, necessitando de tratamento intensivo e orientação médica adequada. (7). Após a conclusão do maior estudo envolvendo diabéticos tipo 1, o DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) determinou que o tratamento disciplinado no Diabetes mellitus tipo 1 permite prevenir ou retardar as complicações agudas e crônicas da doença. Para isso, é preciso um envolvimento harmonioso e contínuo de pacientes, família e profissionais de saúde, na busca de se atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social do indivíduo(8).

A educação é parte essencial no controle do Diabetes mellitus e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, material didático e profissionais capacitados. Apenas seguir a prescrição médica corretamente aplicando a dose e o tipo de insulina no momento certo não é o suficiente para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos(9). Diversos estudos vêm sendo realizados em todo o mundo na tentativa de se obter a cura do Diabetes mellitus. Na ausência de um tratamento definitivo é essencial a realização de uma terapêutica eficaz, mudança de hábitos de vida e educação continuada. O controle metabólico adequado permite a redução da mortalidade à doença(10).

A educação em diabetes pode ser desenvolvida de várias maneiras, como através de dinâmicas de grupos, folhetos informativos, palestras para a população carente, colônias de fim de semana, dentre outras(11).

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil, em função, tanto do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas têm acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas.(12)

O diabetes mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social(13). Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética. Pelo impacto social e econômico que tem ocasionado, tanto em termos de produtividade quanto de custos, o diabetes mellitus vem sendo reconhecido, em vários países, como problema de saúde pública com reflexos sociais importantes. Suas manifestações crônicas são ainda, na nossa realidade, causas comuns de hospitalização e absenteísmo no trabalho. Sobressaem, dentre elas, as doenças oculares, renais e vasculares que tem sido apontadas como causas freqüentes de invalidez e incapacitação para o trabalho. No entanto no Brasil, apesar da importância destes fatos, não dispúnhamos de informações sobre a prevalência do diabetes mellitus e as possíveis diferenças regionais em sua ocorrência, sendo que somente na última década, foi possível traçar um perfil epidemiológico desta doença na população, confirmando sua importância no cenário da assistência médica hospitalar e ambulatorial, possibilitando incluí-la nas prioridades de saúde e no programa de atenção primária à saúde(14). Cabe ainda ressaltar que, em média, metade dos indivíduos brasileiros portadores de diabetes mellitus desconhece sua condição, e que cerca de um quinto dos que a conhecem não realizam qualquer tipo de tratamento. Esta situação pode nos levar a pensar que os indivíduos portadores de diabetes mellitus no Brasil não estão recebendo a atenção de saúde necessária ao seu tratamento e controle(13). Assim, apesar das dificuldades relacionadas à complexidade que envolve a doença no controle do diabetes mellitus, os programas de controle de saúde devem conter ações individuais e de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção à saúde, a fim de provocar

impacto educacional e promover resolutividade. Atenta à estas questões e considerando que as doenças crônico-degenerativas estão relacionadas ao estilo de vida e aos hábitos sociais e culturais que incidem sobre os indivíduos sobre um longo período, concordamos com as orientações do Ministério da Saúde(15), ao indicar que as intervenções em saúde devam ocorrer antes que os fenômenos patológicos se manifestem. Assim seu controle extrapola as ações assistenciais, necessitando práticas de saúde mais abrangentes, a fim de minimizar o aparecimento dos fatores de risco ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas a esses fatores. Considerando que a prevenção do diabetes implica na prática de um conjunto de ações para evitar o seu aparecimento ou a sua progressão e que vários fatores de risco para os diabéticos tipo 2 são potencialmente modificáveis, propomos a realização do presente trabalho.

## 1.2 Justificativas da intervenção

A doença diabética constitui um dos problemas sanitário de maior transcendência, tanto por sua extraordinária frequência quanto por sua enorme repercussão social e econômica.

A capital com maior percentual de diabéticos no levantamento feito no ano passado em Brasil foi São Paulo (9,3%), seguido de Curitiba (8,4%), Natal (8%) e Porto Alegre (8%). Os menores índices estavam em Palmas (4,3%), Macapá (4,9%), Manaus (4,9%) e Porto Velho (5%).

Uma razão importante e quase sempre presente para que os pacientes apresentem um controle inadequado da diabetes é a falta de conhecimentos e adesão ao tratamento, um percentual considerável de remédios prescritos por médicos e recomendações de mudança nos hábitos de estilos de vida não são acatados por muitos pacientes.

Um aspecto importante que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, a mudança nas quantidades de alimentos e na própria composição da dieta provoca alterações significativas do peso corporal o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física.

O município de Jaguariúna do estado de São Paulo não está exceto de essa situação, pois também tem um número elevado de diabéticos diagnosticados

Tendo em conta a importância desta afeição e as implicações sobre o bem-estar e prognóstico de vida do paciente acreditamos na importância da abordagem educativa para controlar melhor a doença, elevar a qualidade de vida dos pacientes portadores da mesma e evitar suas complicações.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

- Realizar uma intervenção educativa para modificar os fatores de risco em os pacientes diabéticos da UBS Jardim Fontanela , Município Jaguariúna.

### **2.2. Específicos**

- Descrever os fatores determinantes na aparição da diabetes mellitus na área de abrangência da UBS
- Comparar o nível de conhecimento sobre diabetes mellitus ao inicio e ao final da intervenção.
- Promover a formação de grupos de pessoas com fatores de risco para diabete mellitus .

## Revisão Bibliográfica

A primeira referência ao diabetes foi feita por Aretaeus da Capadócia, em 250d.C. que escreveu sobre as pessoas que tinham „derretimento da carne em urina“. (DELIBERATO, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, tornando-se problema de saúde pública no Brasil e no mundo, associada seu aumento a vários fatores envolvidos como o envelhecimento da população, a urbanização crescente, 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. De acordo com McLellan e outros (2006), o Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. Conforme o exposto torna-se evidente a necessidade de se conhecer os fatores que facilitam e/ou dificultam a modificação do estilo de vida, bem como a adesão ao tratamento. (16)

Para Assunção e Ursine (2008), o Diabetes Mellitus consiste em uma síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria(17)

Dados de 2005 da Organização Pan-Americana de Saúde, anunciaram que uma em cada vinte mortes que acontecem podem ser atribuídas ao diabetes, cerca de 8.700 mortes por dia, seis mortes por minuto e ainda pelo menos uma de dez mortes nos adultos com idade entre 35 e 64 anos são atribuídas ao diabetes (18).

Estudo epidemiológico brasileiro realizado em nove capitais brasileiras, verificou prevalência de 7,6% de diabetes na população urbana entre 30 e 69 anos de idade (19),

De acordo com Paiva, Bersusa e Escuder (2006), a prevalência do diabetes mellitus no Brasil atinge 7,6% da população com idade entre 30 a 69 anos e 20% na população acima de 70 anos. Nos últimos 10 anos, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos aumentou mais do que a população jovem, sendo que o envelhecimento da população acarreta um significativo aumento da carga das doenças cardiovasculares. O Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e



para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. (20)

Para Portero e Cattalini (2005), as doenças crônicas não transmissíveis com implicações nutricionais, como o Diabetes mellitus (DM), representam, por sua alta prevalência, sério problema de saúde pública em nosso meio. A progressiva ascensão delas, no Brasil, impõe a necessidade de uma revisão as práticas dos serviços de saúde pública, com a implantação de ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle dessas doenças (21)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a incidência de Diabetes mellitus tipo 2 na atualidade atinge proporções epidêmicas, demandando um alto custo tanto econômico quanto social. Nesse sentido, atenção tem sido dispensada aos diferentes níveis preventivos da doença. A prevenção terciária, em que complicações já ocorreram, e, ainda hoje, a que consome a maior parte dos investimentos. A prevenção secundária tem merecido discussões desde os resultados dos grandes ensaios, mostrando a importância do tratamento adequado do diabético sem complicações. A prevenção primária, de interesse mais recente e enfoque dessas diretrizes, tem como finalidade impedir o aparecimento da doença(22),.

Para Sartorelli e Franco (2003), devido ao fato do diabetes estar associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a 21 maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, pode-se prever a carga que isso representará para os sistemas de saúde dos países latinoamericanos, a grande maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas(23),.

Segundo Rossi e Pace (2003), a retinopatia é uma das complicações mais graves do diabetes podendo causar cegueira, e sua prevenção é decorrente da detecção precoce, juntamente com o controle glicêmico. A retinopatia diabética ocorre em quase 100% dos diabéticos do tipo 1 após 20 anos, tratados com a terapia convencional e em 60 a 80% dos pacientes diabéticos tipo 2 após o mesmo período, no DM1 a retinopatia começa a aparecer após 5 anos de doença, enquanto que em alguns diabéticos tipo 2 já apresentam retinopatia quando do seu diagnóstico. Estima-se que no diabético tipo 2 esta complicação apareça após 5 a 8 anos do início da hiperglicemia (24)..

Gouvêa (2004) afirma que a nefropatia diabética é a síndrome clínica que ocorre em consequência do processo de microangiopatia, acometendo pacientes com, diabetes do tipo 1 e tipo 2, que tem a capacidade de evoluir ao

longo do tempo, danificando, de modo progressivo e irreversível, os rins e reduzindo a expectativa de vida dos indivíduos afetados(25),

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes de (2006), estudos têm demonstrado que a modificação do estilo de vida é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico. Além disso, as políticas de prevenção do diabetes que focalizam modificações no estilo de vida, especialmente perda de peso e atividade física regular, apresentam benefícios adicionais para a saúde, particularmente no que tange à diminuição do risco cardiovascular. Tais modificações devem levar em conta metas realistas que possam ser incorporadas na rotina diária dos pacientes da maneira mais agradável possível (22).

De acordo com Engels e outros (2003), o exercício físico regular é fundamental para os diabéticos tipo 2 por auxiliar na correção da obesidade e da hipertensão arterial, além de reduzir diretamente o risco cardiovascular, recomendasse um exercício aeróbico por 30 minutos diários pelo menos 5 vezes por semana(26).

De acordo com Figueiredo (2005), os objetivos do tratamento são aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir as complicações, reduzir a mortalidade e tratar as doenças associadas.

Para Engels (2003), a base estratégica terapêutica dos pacientes portadores de DM2 está centrada no controle dos fatores de risco para aterosclerose, ou seja, tratar de forma agressiva a hipertensão arterial, corrigir a obesidade e a dislipidemia. Bem como parar de fumar e sair do sedentarismo. Os grandes estudos mostram que estas medidas são fundamentais para diminuir a morbi-mortalidade nesses pacientes(26).

O tratamento segue desde educação até adoção de medidas para o estilo de vida saudável, que inclui a interrupção de tabagismo, aumento da atividade física, hábitos alimentares corretos e se necessário, o uso de medicamentos. O portador de 28 DM2 onde a insulina não foi indicada e não se atingiu níveis de controle desejáveis da glicemia, deve ser usado medicamento oral. A preferência do tipo de medicamento deve levar em consideração o nível de glicemia e hemoglobina glicosilada do paciente, a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, o efeito sobre o peso, idade, doenças e possíveis interações medicamentosas, reações adversas e contra-indicações. (VIGGIANO, 2003).

A falta de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à

profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes (27)

As projeções para o futuro são assustadoras: Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com Diabetes no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030 (27)

Muitos estudos têm concluído que os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90% (28)

Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações (29)

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve a um numero de pacientes diabético cadastrados pela equipe de saúde da UBS Jardim Fontanela.

Universo:

O universo de pesquisa estará formado pelos pacientes diabeticos que são atendidos pela equipe de saude na unidade basica de saude (UBS)

Amostra:

A mostra estara formada por 67 pacientes diagnosticados como Diabeticos com seleção aleatoria no proceso de pesquisa ativa.

Critérios de inclusão:

- Pacientes dispensarizados como diabeticos por apresentar níveis de glicemia elevado, .
- Que aceitaram em participar da pesquisa, depois de explicar seus objectivos.

Critérios de exclusão:

- Diabeticos com deficiência que não poderiam colaborar para o desenho do estudo.
- Aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.
- Aqueles que deixaram o curso após o início e/ou ausentes de 50% das aulas.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde.

### 4.2 Contextos da intervenção

O número elevado de pacientes que são atendidos em consulta na Unidade Básica de Jardim Fontanela , município de Jaguariúna apresenta diabetes mellitus sem controle e entre as principais causas do descontrole estão; os mãos hábitos alimentares, acompanhamento inadequado, não realização do tratamento correto , sedentarismo. Por isso a necessidade da aplicação de ações educativas referentes à diabetes mellitus para mudança de estilos de vida e a inclusão nos programas de saúde para melhor controle e monitoramento.

### 4.3 Estratégias e ações

#### Etapa 1

Primeiramente será feita a identificação dos pacientes com diabetes mellitus da população cadastrada na unidade, para assim, direcionar as ações preventivas. Esse reconhecimento será feito no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas. Será feita um análise da situação de saúde da comunidade, também reuniões com funcionários da Equipe de Saúde para discutir os problemas, enumerá-los e buscar soluções para os mesmos, assim como as propostas de intervenção que poderiam ser feita para resolvê-los ou minimizá-los.

As reuniões serviram para refletir sobre todos os dados coletados até então, ela serviram também para acrescentar dados complementares relatados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), a dificuldade para fazer abordagens educativa sobre a importância da prevenção e controle da diabete mellitus , será feito um estudo de intervenção educativa, com o objetivo de mudar o nível de conhecimento sobre a diabetes mellitus nos pacientes

#### Etapa 2

Os pacientes selecionados prévio consentimento informado serão convocados por pequena área para um encontro na unidade de saúde, e assim fazer descrição rápida do projeto de intervenção e qual são os objetivo do mesmo e a importância. Será aplicada uma pesquisa de avaliação de conhecimentos para definir o nível de conhecimento que tem sobre a diabetes mellitus, fatores de riscos e tratamento.

### **ENCOSTA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO**

Perguntas	SI	NO
1- Conhece o que é Diabetes Mellitus		
2- Sofre você de Diabetes Mellitus		
2.1-Você esta tomando regularmente medicamentos para Diabetes Mellitus		
3- Tem algum familiar sofrendo de Diabetes Mellitus		
4- Conhece os fatores de risco para Diabetes Mellitus		
- Genética		
- Idade		
- Raça		
- Obesidade		
- Sedentarismo		
- Tabaquismo		
- Hipertensão arterial		
- Gordura		

- Colesterol Alto		
- Álcool		
5- Conhece as complicações da Diabetes Mellitus		
- Coração		
- Rim		
- Cérebro		
- Olhos		
- Morte		
6. Conhece algumas medidas para controlar a Diabetes Mellitus		

### Etapa 3.

Programação de consultas individuais para avaliação integral e conscientização da importância do controle periódico assim como o monitoramento da glicemia.

### Etapa 4

Serão organizadas reuniões com uma frequência semanais na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema, de acordo com o profissional selecionado para a data.

Para o processo de Intervenção Educativa, a mostra alvo das palestras será dividida em quatro grupos de até 20 pacientes os quais receberão as atividades educativas com os temas escolhidos:

- O que é diabetes mellitus , mitos e realidades sobre ela.
- Fatores de risco da diabetes mellitus (DM)
- Medidas de autocontrole e complicações da diabetes mellitus (DM).
- Tratamento adequado (farmacológico e não farmacológico)

Com cada grupo serão feitas 4 sessão de trabalho

### Sessão n<sup>o</sup> 1

Duração: 1h: 30 min

Tópico	Objetivos	Materiais	Responsavel
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o tema alvo das palestras</li> <li>• Criar um clima favorável para a reflexão e avaliação.</li> <li>• Identificar as expectativas dos membros do grupo com a pesquisa proposta</li> <li>• Explicar algumas generalidades da diabetes .</li> </ul>	lápiz, papelão, clipes, folhas	Equipe de Saúde

Sessão n<sup>o</sup> 2

Duração: 2 horas

Tópico	Objetivos	Materiais	Responsavel
O que é diabetes mellitus  Mitos e realidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir sobre as causas e consequências da diabetes.</li> <li>• Refletir sobre mitos e realidades sobre a diabetes mellitus.</li> </ul>	Videos	Enfermeira

Sessão # 3

Duração: 2 horas

Tópico	Objetivos	Materiais	Responsavel
Fatores de risco da diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o nível de conhecimento possuído pelos pacientes sobre os diferentes fatores de risco.</li> <li>• Refletir sobre os fatores de risco modificaveis e não modificaveis</li> <li>• Promover estilos de vida saudaveis</li> </ul>	Lápis, folhas, papelão	Médico

Sessão # 4

Duração: 2 horas

Tópico	Objetivos	Materiais	Responsavel
Medidas de autocontrole e cuidado dos pacientes diabeticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o nível de conhecimento possuído pelos pacientes sobre o uso de medicamentos e a responsabilidade com o seu tratamento.</li> <li>• Estabelecer a responsabilidade dos pacientes com a assistencia as consultas e realização de exames de controle, etc</li> <li>• Explicar as reacções adversas mais comuns</li> <li>• Explicar as posivel complicações</li> <li>• Promover um comportamento responsável</li> </ul>	Lápis, folhas, papelão	Médico

Tópico	Objetivos	Materiais	Responsavel
Sessão de encerramento  Confraternização.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar no grupo o cumprimento dos objectivos das sessões e pesquisas em geral</li><li>• Realizar um resumo do conteúdo abordado sobre a diabetes</li><li>• Avaliar os momentos mais significativos.</li><li>• Identificar os membros do grupo com o conhecimento e as habilidades que podem tornar-se promotores de saúde.</li></ul>	Lápis, folhas, papelão	Equipe de Saúde

#### 4.4 Avaliação e monitoramento

Ao final da intervenção será feita uma avaliação com a aplicação da encosta inicial para identificar as mudanças nos conhecimentos dos pacientes

Durante as reuniões os pacientes serão estimulados para que falem sobre os aspectos positivos e negativos vivenciados durante a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Após implantação da intervenção esperamos obter primeiro um aumento no nível conhecimento da diabetes mellitus por parte dos pacientes, aumentar a responsabilidades dos diabéticos com relação a seu tratamento e controle, que eles identifiquem os fatores de risco, também esperamos lograr um melhor controle dos pacientes com as consequentes reduções das complicações e aproveitar melhor os serviços de saúde.



CRONOGRAMA.

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

## BIBLIOGRAFIA.

1. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Alexandria, Virginia, 1999, p.16.
2. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20:1183.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: Diagnóstico e Classificação do Diabetes Tipo 2. 2000. p.60.
4. *Revista Qualidade em Alimentação – Nutrição*. 2002; 3(13).
5. Hardim WR, Wilson JD, Forter DW, Kronenberg HM, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology*. 9 ed. 1998; 21:973-1010.
6. Monte O, Longui AL, Calliari LEP. *Endocrinologia para o pediatra*. 2a ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Atheneu; 1998.
7. Collet-Solberg PF. Cetoacidose diabética em crianças: Revisão da fisiopatologia e tratamento com o uso do “método de duas soluções salinas”. *J Ped* 2001;77:9-16.
8. Pousada JMDC, Britto MMS. Tratamento do diabetes mellito tipo 1. In: Coronho V, Petroianu A, eds. *Tratado de endocrinologia e metabologia e cirurgia endócrina*. 2001; p.935-8.
9. Sustovich C, Vivolo MA, Ferreira SRG. Experiência com colônia de férias para jovens diabéticos: Proposta de educação e aperfeiçoamento profissional. *Arq Brás Endocrinol Metab* 1993;37:64-8.
10. Colagiuri R, Colagiuri S, Naidu V. Can patients set their own educational priorities? *Diabetes Res Clin Pract* 1995;30:131-6.
11. Shimizu I, Fujii Y. Evaluation of the mental state of elderly diabetic patients in education. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2001;38:393-8.
12. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BR). *Manual de hipertensão arterial e diabetes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
13. Franco LJ. Estudo sobre a prevalência do diabetes mellitus na população de 30 a 60 anos de idade no município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1988.

14. Ministério da Saúde (BR). Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
15. Ministério da Saúde (BR). Doenças crônico degenerativas: evolução e tendências atuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1988.
16. BRASIL. Ministério Saúde Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).
17. ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, dez. 2008.
18. KATZER, Juliana Izabel. Diabetes mellitus tipo II e atividade física. *Revista Digital*. Buenos Aires, v. 1, n. 113, out. 2007.
19. MATHIAS, Thais A. Freitas; JORGE, Maria Helena P. M. Diabetes mellitus na população idosa em município da Região Sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo*, São Paulo, v. 48, n.4, p. 505-512, ago. 2004.
20. McLELLAN, Kátia Cristina Potero et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.
21. PORTERO, Kátia Cristina da Cruz, CATTALINI, Marino. Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 7, n. 16, p. 63-9, 2005. Disponível em:
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.
23. SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 1, p. S29-S36, 2003.
24. ROSSI, Vilma Elenice Contatto; PACE, Ana Emilia. Perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no programa de assistência ao diabético de Passos-MG. *Revista Enfermagem Brasil*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 104-109, mar./abr. 2003.
25. GOUVÊA, Walter. L. Nefropatia diabética. In OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MILECH, Adolpho. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 15.2, p. 167-182.

26. ENGEL, Cássio L. et al. Diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Frattari, 2003. (Medcurso: Do internato à residência, Endocrinologia, v. 1).
27. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007; 168.
- . 28. Gonder-Frederick LA, Julian DM, Cox DJ, Clarke WL, Carter WR. Self-measurement of blood glucose: accuracy of self-reporter data and the adherence to recommended regimen. Diabetes Care 1988; 11(07):579-585
29. Antunes GN. Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma (Monografia). Criciúma: UNESC; 2006.