

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UnaSUS / UNIFESP

**A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE EDUCATIVA NO CONTROLE GLICÊMICO DO
PACIENTE DIABÉTICO**

EDUARDA LEMES DIAS

Orientadora: Patrícia Cruz Rodrigues Marion

SÃO PAULO
Fevereiro – 2015

Sumário

1. Introdução	2
2. Objetivos	4
2.1 Geral.....	4
2.2 Específicos.....	4
3. Metodologia	5
3.1 Cenário da intervenção.....	5
3.2 Sujeitos da intervenção.....	5
3.3 Estratégias e ações.....	5
3.4. Avaliação e Monitoramento.....	6
4. Resultados Esperados	7
5. Cronograma	8
6. Referências	9

1. INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é definida como uma doença metabólica caracterizada pela hiperglicemia, causada por defeitos na secreção da insulina e/ou na ação desta. É causada por associação de fatores genéticos com ambientais como obesidade, hipertensão e fatores nutricionais¹.

É uma doença crônica que representa um desafio para a saúde pública devido ao número crescente de pessoas acometidas. No Brasil, dados de 2011 disponíveis no banco de dados Datasus² mostram que a prevalência de diabetes é de 9,9%. De acordo com os dados do Vigitel³, o percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes é de 6,3%. No mundo existem cerca de 120 milhões de diabéticos, sendo que estimativas apontam que até 2025 serão 300 milhões⁴.

Os gastos com o diabetes variam de 2,5% a 15% dos recursos anuais da saúde, de acordo com a prevalência e do grau de complexidade dos tratamentos. As perdas produtivas podem ultrapassar, em até cinco vezes, os custos com atenção à saúde, segundo estimativas obtidas em países latino-americanos⁵.

Além disso, o cuidado de pessoas diabéticas é complexo e envolve tanto o paciente e sua família, quanto diretrizes governamentais de saúde. É válido enfatizar, que o acompanhamento clínico e o seguimento dos diabéticos deve ser contínuo para prevenir ou minimizar as complicações crônicas da diabetes⁶.

Em adição, um conhecimento sobre essa doença pode contribuir fortemente para o controle da mesma, já que se desconhece a cura da diabetes. Assim como da prevenção de incapacidades, como a neuropatia diabética periférica-complicação mais comum, também chamada de “pé diabético”- que segundo estudo de Mantovani⁷ e colaboradores em 2013, quase metade dos diabéticos desconheciam o assunto, apesar de descreverem ter medo das complicações do DM.

Atividades físicas regulares e mudanças no estilo de vida são pilares importantes para o tratamento adequado da doença. Assim torna-se necessário conscientizar os pacientes e seus familiares sobre a importância da adesão ao tratamento. O exercício físico, de preferência aeróbico, de intensidade moderada por pelo menos 150 minutos por semana é recomendada para os diabéticos. Já que, o sedentarismo associa-se a maior mortalidade por eventos cardiovasculares em pacientes com diabetes tipo2 que correspondem à maioria dos pacientes com DM⁸.

As mudanças alimentares em diabéticos, como ingestão de alimentos ricos em fibras alimentares e com baixo teor calórico desencadeiam um menor aumento nas taxas glicêmicas pós-prandiais e conseqüentemente controle dessa doença⁹.

Além do tratamento não farmacológico, a maioria dos pacientes com DM tipo 2 necessitam de antidiabéticos orais, como metformina, e eventualmente insulinoterapia. Dessa maneira, são aspectos importantes na assistência dos diabéticos: orientar sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e como proceder diante dessas situações; uso correto de medicamentos prescritos, efeitos colaterais e desejados, controle da glicemia; modo de aplicação de insulina ; percepção de

complicações, além da realização de exames conforme protocolo assistencial local¹⁰.

O modo tradicional de tratamento da DM no Brasil tem sido ineficiente. Segundo estudo multicêntrico de Mendes et al¹¹, com 6701 diabéticos, apenas 10 % dos pacientes com DM tipo 1 e 27% dos pacientes com DM tipo 2 apresentavam controle glicêmico adequado com (HbA1c <7%). Isso se deve provavelmente a baixa adesão ao tratamento não farmacológico. Entretanto, o uso incorreto de drogas tanto orais quanto subcutâneas (insulinas) também podem contribuir para esses números alarmantes.

O sucesso das intervenções no cuidado do diabético depende do paciente assumir mudanças permanentes no estilo de vida, de ter a iniciativa para identificar e buscar ajuda para resolver as intercorrências que surgem no decorrer da doença. O desenvolvimento dessas habilidades é facilitado pela educação, por isso atividades educativas são fundamentais no cuidado integral dos diabéticos¹².

Enfatizando que é importante que o paciente diabético conheça a complexidade do auto-cuidado que deve ter para conviver com a diabetes. Esse projeto tem por interesse proporcionar maior adesão ao tratamento por meio de atividades educativas em grupo promovido pela equipe multidisciplinar da UBSF Jardim Brasil 1. Já que a maioria (70%) dos pacientes diabéticos que mora na área de abrangência da Unidade tem controle glicêmico inadequado, provavelmente devido a pouca adesão ao tratamento proposto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a eficácia de um método de intervenção educativa para estimular o autocuidado no controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo2 por meio de grupo multidisciplinar.

2.2 Objetivos específicos

- Orientar e promover aos pacientes uma mudança de comportamento e estilo de vida para o controle adequado da doença;
- Avaliar as melhorias no gerenciamento da diabetes através da promoção de um grupo educativo.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário da intervenção

O estudo será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Brasil 1 localizada no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. Esta unidade possui 866 famílias cadastradas e 2539 pessoas, sendo que 123 (4,84%) são portadoras de Diabetes.....

3.2 Sujeitos da intervenção

O estudo será realizado com indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo2, em seguimento na USF Jardim Brasil 1, de ambos os sexos, que possam comparecer mensalmente por seis meses. Além disso, todos os pacientes participantes serão orientados quanto ao estudo educativo e deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido caso concordem a participar.

3.3 Estratégias e ações

Os encontros do grupo educativo serão realizados com média de 12 participantes, com participação de toda equipe multidisciplinar (incluindo profissionais da equipe mínima e do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família), médica, psiquiatra, enfermeira, psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem.

Sendo que a cada encontro, um ou mais profissionais discutirão um tema através de jogos educativos e dinâmicas interativas, tais como: técnica de explosão de ideias, da batata quente, da introspecção, dos provérbios e momentos de descontração. Em todos os encontros havia um tema central, escolhido pelos integrantes que vivenciavam de diferentes maneiras a aceitação do viver com a diabetes.

Serão abordados também temas como os sinais e sintomas, fisiopatologia do diabetes, modo de uso correto das medicações, prevenção de complicações, cuidado com os pés, os princípios da dieta, a importância da prática de atividades físicas e os aspectos psicológicos relacionados à mudança de comportamento para o manejo adequado da doença.

O grupo também tem a intenção de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia de seus integrantes, ampliar a criatividade, melhorar a auto-imagem do grupo, oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos.

A organização dos profissionais de saúde que participarão das atividades será fundamentada em algumas teorias e conceitos, tais como: teoria da aprendizagem social, que define a aprendizagem social como o processo de aprendizado para o novo comportamento ou modificação do indesejável, atingido por meio da imitação; modelo de crenças em saúde, modelo conceitual para

compreender e explicar aspectos da promoção da saúde em relação aos valores pessoais e às opiniões e crenças dos indivíduos. Além da educação em saúde, mostrando que o profissional de saúde deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer seus conhecimentos prévios e suas necessidades em relação à doença.

3.4. Avaliação e Monitoramento

Para avaliar as atividades em grupo serão utilizados os instrumentos: autogerenciamento dos cuidados em DM (ESM), atitudes psicológicas (ATT-19) e conhecimento geral da doença (DKN-A), previamente adaptados para o português do Brasil e validados por Torres et al¹³.

O questionário ESM tem o escore total de oito pontos. Para constatar que o paciente alcançou uma mudança de comportamento, deve obter um escore mínimo de cinco pontos. O ATT-19 contém 19 itens que descrevem as respostas emocionais sobre a doença, com questões fechadas. Cada enunciado é respondido com a ajuda de uma escala de tipo Likert de cinco pontos, partindo de "grande discordância" até "grande concordância", e tem uma taxa de contagem de 19 a 95 pontos para alcançar uma atitude positiva acerca da doença. Nesta escala o paciente necessita conseguir um escore mínimo de 70 pontos de contagem do instrumento. O teste de conhecimentos DKN-A inclui um escore total de 14 pontos abordando os conhecimentos sobre o gerenciamento da doença. Para mostrar uma melhora dos conhecimentos sobre a doença, o paciente precisa pontuar no mínimo oito pontos.

Esses questionários juntamente com medidas antropométricas (peso e IMC) e exame da hemoglobina glicada (HbA1c) que avalia a média da glicemia dos últimos três meses, serão coletados no primeiro encontro (antes do início das atividades) e no último.

Para a avaliação dos resultados da hemoglobina glicada e do IMC dos pacientes com DM tipo 2, serão utilizados os parâmetros preconizados pela Associação Latino Americana de Diabetes. Os valores normais desses parâmetros são: HbA1c entre 3,5% e 7,5%, e IMC <27 kg/m² em homens e <26 kg/m² em mulheres.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Como resultado desse projeto espera-se mudança de comportamento alimentar e das práticas de atividades físicas nos pacientes com DM tipo 2, associado à melhora dos conhecimentos e à modificação de atitudes sobre a doença. Uma vez que a educação combinada com a terapia de comportamento pode produzir grandes benefícios para os indivíduos diabéticos, fortalecendo e encorajando a decisão de sustentarem o regime terapêutico.

Este projeto poderá ser avaliado pelo controle glicêmico adequado ($HbA1c < 7,5$), redução do peso e do IMC e através de notas mais elevadas dos questionários sobre diabetes aplicados após a atividade educativa com significância estatística.

5. CRONOGRAMA

Ações	Março/15	Abril/15	Maió/12	Junho/15	Julho/15	Agosto/15	Setembro/15
Pesquisa na literatura	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X					
Aprovação do projeto			X				
Execução do projeto				X	X		
Discussão e análise dos dados obtidos					X	X	
Tabulação e digitação					X	X	
Revisão final						X	
Entrega do trabalho							X
Apresentação do trabalho							X

6. REFERÊNCIAS

- 1). Marinho NBP, Vasconcelos HCA, Alencar AMPG, Almeida PC, Damasceno MMC. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da Estratégia Saúde da Família. Acta paul. enferm. 2012 Jan ; 25(4): 595-600. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400018&lng=en <Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 2). Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. 2011. Extraído de [<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>]< Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 3). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2012. <Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 4). Nucci LB. A campanha nacional de detecção do diabetes mellitus: cobertura e resultados glicêmicos [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Pós-graduação em Epidemiologia; 2003 Disponível em : <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5455/000426522.pdf?sequence=1><Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 5) Moro ARP, Iop RR, Silva FC, Gutierrez PJB Filho. Efeito do treinamento combinado e aeróbio no controle glicêmico no diabetes tipo 2. Fisioter. mov. 2012 Jun; 25(2): 399-409. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000200018&lng=en.< Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 6). Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2008 Mar; 61(2): 186-92 Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200007.< Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 7). Mantovani AM, Fregonesi CEPT, Pelai EB, Mantovani AM, Savian NU, Pagotto P. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. Cad. Saúde Pública . 2013 Dez ; 29(12): 2427-35. Disponível em:: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001700008 <Acesso em 14 de novembro de 2014>
- 8). Duarte CK, Almeida JC, Merker AJS, Brauer FO, Rodrigues TC. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. Rev

Assoc. Med. Bras. 2012 Abr ; 58(2): 215-21. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200018&lng=en. <Acesso em 14 de novembro de 2014>

9). Carvalho FS, Neto AP, Zach P, Sachs A, Zanella MT. Importancia da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo2 sob intervenção educacional intensiva. Arq Bras Endocrinol Metab. 2012 Fev; 56(2):110-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302012000200004&script=sci_arttext <Acesso em 14 de novembro de 2014>

10). Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Basica.Estrategias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus, Brasília , 2013.Disponível em [:http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf) <Acesso em 14 de novembro de 2014>

11) Mendes ABV, Fittipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira EDJr. . Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. Acta Diabetol. 2010 Jun; 47(2): 137–45. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859160/> <Acesso em 14 de novembro de 2014>

12) Grillo MFF, Neumann CR, Scain SF, Rozeno RF, Gross JL, Leitão CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013 Ago ; 59(4): 400-5. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021&lng=en.< Acesso em 14 de novembro de 2014>

13)Torres HC, Virginia AH, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes Mellitus. Rev. Saúde Pública. 2005 Dez; 39(6): 906-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600006&lng=en.< Acesso em 14 de novembro de 2014>