

Especialização em Saúde da Família Modalidade a distância Profissionais da
Atenção Básica

UNA SUS

**Estratégias Educativas em Saúde para o acesso ao conhecimento em
Diabetes Mellitus**

Aluna: Adis Yilena Lopez Gonzalez

Orientadora Danielle Abdel Massih Pio

Pederneiras/São Paulo

2015

Sumário

1. Introdução.....	2
1.1 Identificação e apresentação do problema.....	2
1.2 Justificativa da intervenção.....	3
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo geral.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. Revisão de literatura.....	3
4. Metodologia.....	5
4.1 Cenário de estudo.....	5
4.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	5
4.3 Estratégias e ações.....	5
4.4 Avaliação e monitoramento.....	6
5. Resultados esperados.....	6
6. Cronograma.....	7
7. Referências.....	7
8. Anexos.....	10

1. Introdução

1.1 Identificação e apresentação do problema

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica e desordens no metabolismo dos carboidratos, ácidos graxos e proteínas, consequência de defeitos na secreção e/ou resistência à ação da insulina.¹

Atualmente, uma epidemia de DM está em curso no mundo. Em 1985, estimava-se que existiam 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens.²

Em 2011, a estimativa de prevalência em nível mundial, de acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF) foi por volta de 8,3%, que são 366.300.000 pessoas entre 20 e 79 anos que vivem com a doença. Conforme estimativas para 2030 se espera aumentar o número de afetados, significando que 9,9% da população adulta no mundo terá diabetes (551 milhões de pessoas).³⁻⁴

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a população brasileira diabética ultrapassa os 10 milhões.⁵ O DM afeta cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões de pessoas)⁶, das quais aproximadamente 33% têm entre 60 e 79 anos.⁵

O Brasil é o quinto colocado no ranking mundial de incidência em DM. E, de acordo com a IDF, tudo indica que permanecerá nessa posição.⁷ Em São Paulo, a incidência do tipo 1 é de 7,6 casos a cada 100.000 habitantes.⁸

No Brasil, o DM junto com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 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 renais crônicas, submetidos à diálise.⁹

No mundo, as consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: o número de mortes atribuídas ao DM está em torno de 800 mil. Sugere-se que cerca de 4 milhões de óbitos anuais estão relacionados à presença dessa doença. Isso corresponde a aproximadamente 9% do total mundial de mortes.^{9,10}

Portanto, o DM é considerado um 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 o sedentarismo, uma dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo.⁹

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. Por sua vez, no Brasil, o MS tem implementado 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.⁹

1.2. Justificativa da intervenção

Na área de saúde Leonor Mendes em Pederneiras, no estado de São Paulo, há 263 pacientes diabéticos, em sua maioria com insuficiente conhecimento da doença, da importância do cumprimento dos tratamentos e da repercussão que tem na saúde o cuidado deficiente da mesma.

Diante dessa situação, considera-se importante uma ação que comece imediatamente, mas que seja realizada de forma contínua na Atenção Primária. A responsabilização da equipe de saúde deve ser compartilhada com o usuário, que também deve ser corresponsável por seu cuidado, com autonomia para a tomada de decisões. Daí a importância da conscientização acerca do problema. Neste contexto, será elaborada uma intervenção que pretende medir e elevar o conhecimento dos pacientes diabéticos na área de saúde trabalhada, transformando a consciência frente à doença e melhorando-se assim o autocuidado e a qualidade de vida dos usuários do território.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Programar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o conhecimento do DM em pacientes com essa doença, na área de saúde Leonor Mendes em Pederneiras no estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento da doença antes da intervenção por meio de um diagnóstico educativo.
- Desenhar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o conhecimento dos pacientes diabéticos.
- Analisar o conhecimento depois da aplicação da intervenção.
- Melhorar o autocuidado e a qualidade de vida destes pacientes.

3. Revisão de Literatura

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com a dieta inadequada, o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo.¹¹

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro

classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares.^{12, 13}

Em 1997, o critério diagnóstico foi modificado pela American Diabetes Association (ADA), posteriormente aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia: Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual (realizada a qualquer hora do dia) > 200 mg/dl. Glicemia de jejum \geq 126 mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.^{14,15}

O diabetes está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macro vascular, 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.¹⁶

De acordo com o VIGITEL 2007 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, mas a prevalência do diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos. Em 2008, a prevalência observada entre idosos na mesma faixa etária foi de 20,7%.¹⁷

Os resultados do Diabetes Prevention Program (DPP) demonstraram redução de 58% na incidência de casos de DM através do estímulo a uma dieta saudável e à prática de atividades físicas, sendo essa intervenção mais efetiva do que o uso de metformina.¹⁸ O Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) mostrou que uma redução do peso em torno de 3 a 4 kg em quatro anos reduziu a incidência do DM em 58%.¹⁹ Num estudo longitudinal com 84.941 enfermeiras e seguimento de 16 anos, o controle de fatores de risco modificáveis, como dieta habitual, atividade física, tabagismo e excesso de peso, foi associado a redução de 91% na incidência de DM e de 88% nos casos com história familiar de DM.²⁰

No Brasil, um estudo conduzido em nove capitais brasileiras revelou que 46% dos indivíduos com diabetes não tinham conhecimento sobre a doença.²¹ A literatura alerta para a falta de informação sobre a enfermidade e a carga que o diabetes acarreta em perda de anos de vida ajustado por incapacidade.²²

Segundo Toscano²³, o DM permanece assintomático por um longo tempo antes de seu diagnóstico, e o diagnóstico precoce do diabetes e as intervenções preventivas deveriam ser priorizadas e direcionadas aos indivíduos de maior risco, pois isto permitiria a redução das complicações. O acesso efetivo ao sistema de saúde, a garantia de qualidade do tratamento, a educação e a adesão dos indivíduos portadores de DM reduziriam a carga da doença com qualidade.

Um fator que influencia a prática de controle de uma doença é a vinculação do paciente às unidades de saúde para acompanhamento e atendimento.²⁴

Portadores de DM tipos 1 e 2 e seus familiares devem ser inseridos em programa de educação nutricional a partir do diagnóstico, mediante conscientização da importância do autocuidado e da independência quanto às decisões e atitudes em relação à alimentação para o controle do DM.²⁵

4. Metodologia

4.1 Cenário do estudo

O projeto de Intervenção vai ser desenvolvido na área de saúde Leonor Mendes pertencente à UBS CAIC Estevam Maturana do município Pederneiras do estado de São Paulo.

4.2 Sujeitos da intervenção

Equipe da UBS Estevam Maturana e todos os pacientes diabéticos maiores de 18 anos, excluindo as grávidas pertencentes à área de saúde.

4.3 Estratégias e ações

Será realizado um estudo e acompanhamento longitudinal, prospectivo e observacional com os pacientes diabéticos na UBS Estevam Maturana, nos quais será aplicada uma estratégia educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus.

O universo do estudo será composto por pacientes maiores de 18 anos pertencentes à área de saúde, com um total de 231 pacientes.

Critérios de inclusão:

- Disposição e aceitação para participar do projeto.
- Ser diabético e ter mais de 18 anos.
- Residência fixa na área da UBS.

Critérios de exclusão:

- O não cumprimento com os critérios de inclusão.
- Pacientes com deficiência mental ou outras doenças neuropsiquiátricas, que inviabilizem de alguma maneira as respostas e o acompanhamento.
- Pacientes cadastrados na Unidade, mas que não se encontrem no momento morando na área.
- Gestantes com DM.

A intervenção será constituída por diferentes etapas:

Etapa 1

Nas consultas na UBS e nas visitas nas casas a todos os pacientes diabéticos selecionados será informado o objetivo e as características do trabalho, e será solicitado o consentimento informado para participação (Apêndice 1).

Etapa 2

Um questionário será aplicado para avaliar o nível de conhecimento dos pacientes antes da intervenção (Apêndice 2).

Etapa 3

Os pacientes serão divididos em grupos, de acordo com a disponibilidade de horário para participação nas atividades educativas. Será aplicada a intervenção educativa (Apêndice 3), de acordo as necessidades encontradas nos questionários e reelaborando sempre novas estratégias sob desempenho dos participantes que vai estar em constante monitoramento e avaliação nos encontros que vão ser seis semanais na Unidade de Saúde, com a programação contemplando por dia um tema relacionado ao diabetes.

Etapa 4

Posterior à intervenção, será aplicado o mesmo questionário do início para avaliar o nível de conhecimento alcançado pelos pacientes participantes na intervenção e se os objetivos propostos foram cumpridos.

4.4 Avaliação e monitoramento

Além do questionário aplicado ao final da intervenção, será avaliado o conhecimento alcançado pelos pacientes mediante sua participação nas atividades.

Nas reuniões de equipe semanais, também será discutido o desenvolvimento do projeto, monitorando sua efetividade e a necessidade de novas ações.

5. Resultados Esperados

Espera-se que os pacientes diabéticos alcancem um conhecimento adequado de sua doença, através da participação nas atividades educativas, melhorando assim seu autocuidado e a qualidade de vida.

6.Cronograma

Atividades 2015	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
Elaboração do projeto	X						
Aprovação do projeto				x			
Revisão da Bibliografia	X	x	x	x	x	x	
Implantação do projeto				x			
Coleta de dados				x	x		
Discussão e Análise dos resultados					x	x	
Divulgação dos resultados e elaboração de novas estratégias						X	x

7.Referencias

1. World Health Organization. Definition, diagnose and. classification off diabetes mellitus and its complications: Report off a WHO Consultation. Part. 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneve: World Health Organization 1999; 539-53.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimastes for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, Fifth Edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas3>
4. <http://www.rgnutri.com.br/sap/saude-publica/bqp.php>.
5. Portal Brasil. Saúde do Idoso. Brasília (DF); 2012 [citado 2014 fev. 28]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/diabetes>.
6. Diabetes Mellitus e Qualidade de Vida. Sociedade Portuguesa de Dialetologia. 2007-2008. Sociedade Portuguesa de Diabetolgia.
7. <http://www.rgnutri.com.br/sap/saude-publica/bqp.php>

8. Ferreira SRG, Franco LJ, Vivolo MA, et al. Population-based incidence of IDDM in the state of São Paulo, Brasil. *Diabetes Care* 1993; 16: 701-704.
9. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos.
10. Franco LJ. Um problema de saúde pública. *Epidemiologia*. In: Oliveira JEP, Milech A, editors. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. Cap. 4, p. 19-32.
11. World Health Organization. *Diabetes 2008 (Fact Sheet, 312)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (acessado em 22/Out/2009).
12. Alberti KGMM, Zimmet PZ, for the World Health Organization Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO. 1999.
13. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; 36 (suppl. 1): S67-74.
14. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; (supplement 1) 36: S11-66.
15. American Diabetes Association. Guide to diagnosis and classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes Care*. 1997; 20(Suppl): 215-25
16. BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr.* v. 18 n. 2 Campinas, mar./abr. 2005.
17. Ministério da Saúde. Dia mundial do diabetes. Dados estatísticos no Brasil 2009. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457 (acessado em 11/Jul/2009)
18. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002; 346(6): 393-403.
19. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Hanne-Parikka P, Keinanen-Kiukkaanniemi S; for the Finnish Diabetes Prevention Program. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001; 344(18):1343-50.
20. Hu EB, Manson JE, Stamper MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001; 345(11): 790-7.
21. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged

30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992; 15:1509-16. [Links]

22. Leite IC, Beltrão KI, Rodrigues RN, Valente G, Campos MR, Schramm JM. Projeção da carga de doença no Brasil (1998-2013). In: Buss PM, Temporão JG, Cavalheiro JR, organizadores. *Vacinas, soros e imunizações no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 51-65.

23. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:885-95.

24. Ministério da Saúde. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

25. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2012 Jan; vol.35, no. 35 Supplement 1S4-10.

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ de _____ anos de idade com RG _____ concordo em participar voluntariamente da Estratégia Educativa realizada na UBS Estevam Maturana, com o objetivo de elevar o conhecimento acerca do Diabetes Mellitus.

Declaro ter sido informado dos objetivos do estudo e dos benefícios para o meu cuidado em saúde, não havendo prejuízos diante de minha participação.

Tenho conhecimento de todas as etapas propostas para a realização das atividades educativas, estando de acordo desde a aplicação do questionário inicial ao final para avaliação do conhecimento em diabetes. Sei que posso retirar meu consentimento em qualquer momento de participação nas atividades.

Assino este documento em aos _____ do mês de _____ do ano de 2015.

Assinatura do paciente

Anexo 2

Questionário

Marque com uma x a(s) resposta(s) correta(s) em cada caso.

1. Os sintomas da diabetes são:
 - a) aumento do volume urinário
 - b) dor de cabeça
 - c) dor abdominal
 - d) sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos;
 - e) Diminuição do apetite
 - f) apetite aumentado
 - g) ânsias e vômitos
 - h) perda de peso
 - i) visão turva

2. Dentro dos fatores de risco estão
 - a) Idade acima de 45 anos
 - b) Antecedentes de Bronquite
 - c) Alcoolismo
 - d) Obesidade
 - e) História familiar de diabetes em parentes de 1º grau
 - f) Tabagismo
 - g) Alterações prévias da regulação da glicose
 - h) Aumento do colesterol ruim, aumento das triglicérides e redução do colesterol bom.

3. As Complicações podem ser
 - a) Cegueira
 - b) Hiperglicemia
 - c) Doença de tiroides
 - d) Amputação de membros
 - e) Câncer
 - f) Tromboses
 - g) Pé diabético
 - h) Derrame cerebral
 - i) Doenças pulmonares
 - j) Problemas renais
 - k) Problemas na visão
 - m) Ataque cardíaco

4. Considera importante a prática de exercícios físicos:

- a) ____ Sim
- b) ____ Não

5. Você acredita que a avaliação dos níveis de glicose tem que ser realizada com frequência?

- a) ____ Sim
- b) ____ Não

6. Tendo controlada a doença você acha que pode deixar de tomar os medicamentos?

- a) ____ Sim
- b) ____ Não

7. Tem importância o autocuidado dos pés?

- a) ____ Sim
- b) ____ Não

8) Outras informações que considera importantes com relação à doença e seu cuidado:

- a) ____ O consumo de alimentos apropriados para diabéticos
- b) ____ O tratamento precoce pode demorar a aparição de complicações.
- c) ____ O abandono do tratamento não afeita o agravamento da doença.
- d) ____ O tratamento deve ser de forma continua durante toda sua vida.
- e) ____ A Diabetes não è uma doença crônica.

Anexo 3

PROGRAMA EDUCATIVO

Reunião # 1

•Objetivos:

1. Criar um ambiente de desinibição e confiança.
2. Apresentar a estratégia educativa e a metodologia a seguir.
3. Valorizar as expectativas do grupo com relação à estratégia educativa.

•Atividades:

- Apresentação dos participantes.
- Expectativas.
- Discussão em grupo: “Diabetes Mellitus”.

Reunião # 2

•Objetivos.

Refletir sobre os fatores de risco da diabetes melitus

•Atividades:

- Abertura: Comentários sobre a reunião anterior.
- Apresentação do tema: Fatores de risco da doença.

Reunião # 3

-Objetivos:

1. Conhecer os diferentes tipos de diabetes.
1. Identificar os sintomas da diabetes mellitus.
2. Reconhecer os principais sintomas e sinais de descompensação e complicações.

•Atividades:

- Abertura.
- Apresentação do tema: Diabetes Mellitus. Tipos Sintomas, sinais e complicações.

Reunião # 4

•Objetivos:

- Conhecer os tratamentos.
- Fortalecer a importância do tratamento.

•Atividades.

- Abertura.
- Comentários iniciais.
- Apresentação do tema: Tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Reunião # 5

•Objetivos:

- Integrar os temas abordados
- Realizar um vídeo debate sobre o Diabetes Melitus.
- Valorizar a transcendência do exposto e a utilidade para suas vidas no futuro.

•Atividades:

- Abertura.
- Comentários iniciais.
- Assistir o vídeo.
- Apresentação, análise e debate do vídeo a partir das perguntas elaboradas pelo coordenador.

Reunião # 6

•Objetivo:

- Reafirmação dos conhecimentos.

•Atividades:

- Apertura
- Explicar a atividade que vai ser realizada.
- Dividir os pacientes em grupos, repartir a cada grupo cartões com diferentes casos complexos da doença para discussão e dar um tempo para a preparação.
- Discussão e análise dos casos por grupos.