

Curso de especialização em Saúde da Família

Quais as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos para a melhoria da qualidade de vida para a população diabética do PSF II Dr Luis Carlos Brandolezzi ?

Autor: Dra Caridad Estrella Oconor Ricardo

Orientador: Prof. Karla Olivera Marcacine

Potirendaba

Março 2015

Sumario

Introdução	3
Revisão Bibliográfica	6
Objetivos	8
Metodologia	9
Resultados esperados	11
Cronograma	12
Bibliografia	13

Introdução

Atualmente a Diabetes Mellitus (DM) se configura como um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil, sendo assim um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. (1)

A DM é caracterizado como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina ou de ambos, o que, ao longo do tempo, prejudica gravemente muitos órgãos e sistemas, especialmente os nervos e vasos sanguíneos.(2)

A prevalência de DM no mundo é de 371 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos e este número é crescente em todos os países e 50% dos portadores desconhecem esta condição. Estima-se que 1,5 milhões de pessoas morreram em consequência do excesso de açúcar no sangue em jejum, em 2012. Mais de 80% das mortes por diabetes ocorrem em países de baixa e média renda. (3)

O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes e totaliza uma população de 13.4 milhões de pessoas portadoras. Isto corresponde a aproximadamente 6.5% da população entre 20 e 79 anos de idade. (4) No estado de São Paulo, a prevalência de DM é semelhante entre homens e mulheres, e aumenta consideravelmente com o progredir da idade. Dados colhidos mostram que dos 30 aos 39 anos, a prevalência de diabetes é de 2,7%; dos 40 aos 49 anos, sobe para 5,52%; dos 50 aos 59 anos, aumenta para 12,6% e dos 60 aos 69 anos, pula para 17,4%. (5)(6)

Este aumento da prevalência do diabetes aliado à complexidade de seu tratamento, tais como: restrição dietética, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas (retinopatia, neuropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde. A mudança de comportamento, com a adoção de uma dieta balanceada e da prática de atividades físicas é essencial para que o controle e o tratamento do DM tenham êxito.

O tratamento da DM é complexo e o sucesso dos resultados dependem, em grande parte, do nível de compromisso, habilidade e motivação com que o paciente enfrenta as exigências terapêuticas. Nesse sentido, buscam-se ações de promoção à saúde e prevenção de agravos aliados tratamento medicamentoso que melhorem a qualidade de vida dos pacientes com DM.

Dessa forma, a educação em saúde consiste em um dos principais elementos para a promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida.

Em todo o mundo existe um consenso unânime de que a organização e educação sistemática de pacientes diabéticos com uma boa orientação sobre as formas de comportamentos saudáveis, através de uma educação estruturada e programas de intervenção, é o fundamento para o manejo e controle da doença, resulta na redução significativa na mortalidade, complicações e custos desta doença. (7)

As evidências científicas apontam para a importância da mudança no estilo de vida para o paciente portador de diabetes, proporcionando melhor controle metabólico e evitando o aparecimento de complicações causadas pela doença, como complicações macrovasculares e microvasculares como retinopatias, pé diabético, neuropatias, hipertensão arterial.(8-10)

Cazarini *et al.* realizaram um estudo descritivo com o objetivo de investigar a influência da educação em saúde no paciente diabético. Registrou-se grande satisfação por parte dos usuários, havendo grande adesão ao plano, os pacientes que participavam do grupo relataram gostar das atividades e informaram que aprendiam muito sobre como lidar com a doença e que os exercícios físicos realizados os ajudavam a diminuir a tensão. (11)

Outros estudos demonstram que a falta de conhecimento sobre a doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os portadores de DM, fazendo com que o paciente portador de DM se sensibilize para a adoção de novos hábitos e estilo de vida, conscientizando os mesmos sobre os riscos que a doença pode trazer caso não controlado a glicemia (12)

Diante desse desafio, o trabalho em equipe, o envolvimento de profissionais de diferentes saberes, e a interdisciplinaridade ocupam lugar de destaque. Para os profissionais de saúde que atuam na realização das práticas educativas para os pacientes, é prioridade desenvolver ações de promoção e prevenção para melhorar a qualidade de vida do paciente diabético. Muitas vezes a difícil adaptação do portador à doença ocorre pela falta de motivação, preso ao desconhecimento em relação às complicações. São estes dois fatores importantes para o seu próprio cuidado, pois as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem implementadas. Essa situação pode ser modificada se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento interdisciplinar (13)

Devido à relevância epidemiológica da Diabetes Mellitus, falta de adesão ao tratamento dos acometidos por essa doença, bem como, programas de educação em saúde incipientes no Brasil e na região de Potirendaba, este projeto tem como objetivo implementar um programa de capacitação para que os usuários possam conhecer sobre a sua doença, estabelecer hábitos de vida saudáveis e seguimento correto do tratamento e conseqüentemente melhorada qualidade de vida e prevenção de complicações.

Potirendaba é um município brasileiro do estado São Paulo, se localiza no norte do estado e pertence à Microrregião de São Jose do Rio Preto. Tem uma população de 15.958 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,747, com uma razão de sexos de 103,03, para um grau de urbanização de 90,91 % e a Taxa Geométrica de Crescimento anual da população do município é de 0,84% (SEADE).

No ano de 2000 o Conselho Municipal de Saúde aprovou a implantação do Programa da Saúde da Família PSF II- Dr Luiz Carlos Brandolezi, operante até o momento, localizada no bairro residencial Rosario, inaugurada em março de 2002.

Revisão bibliográfica.

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível sendo a doença metabólica mais freqüente de todas, constituindo o fator de risco principal para complicações como os acidentes cerebrais vasculares, retinopatia diabética, neuropatia, pé neuropático, cardiopatias, e outras. 1, 2.

No Brasil ao redor do 6,5% da população é diabética, tendo um grande número deles ainda sem diagnóstico, pois muitos transitam com a doença com sintomas menores sempre nos inícios e como não tem acompanhamento ainda não tem diagnóstico e sem tratamento.

Outra dificuldade freqüente são as dificuldades da adesão ao tratamento, muitos doentes acreditam que como ficam com cifras de glicemia dentro da normalidade tomando os remédios, podem suspender eles pois estão bem, provocando crises hiperglicêmicas, e o desenvolvimento das complicações das quais já mencionamos, provocando na maioria dos casos invalidez e até a morte.

Não só a adesão ao tratamento é importante, a maioria das vezes são muitos riscos individuais para cada doente e que constitui elementos essenciais para o controle. Ai temos as mudanças do estilo de vida, o consumo excessivo de açúcar e gorduras, o sobrepeso e a obesidade o sedentarismo, hábitos tóxicos, como elementos modificáveis, pois existem algum dos riscos os quais não podem ser modificados como a idade, o sexo, história familiar, raça, outras doenças crônicas, que também são importantes.

É por isso que abordagem deve ser feito com as particularidades de cada doente, analisando as características individuais estratificados os riscos os modificáveis os não modificáveis e com uma estratégia não farmacológica para modificar os fatores modificáveis e garantir uma adesão ao tratamento e conseguir o controle, diminuir ao máximo as possíveis complicações, e melhorar a qualidade de vida deles, mais precisa de atenção personalizada, e trabalho individual e a parte fundamental o conhecimento do paciente da doença e de todos os fatores de risco que tem, para que as ações de saúde ajudem a sua conscientização e seja um pilar importante no tratamento e controle da doença.

A consulta medica tem que reforçar a necessidade de modificar os fatores de risco, não só comprovar o tratamento controle e o índice de massa corporal de maneira ruinaria, buscar a participação do doente nas ações de saúde que se estão orientando.

Aqui é importante as estratégias de saúde para obter os efeitos desejados. Uma estratégia só curativa não dá certo com estes objetivos, só uma estratégia orientada na prevenção de saúde do doente dentro de sua comunidade, estabelecendo educação em saúde desde a consulta com orientações de sua doença, conhecimento de porquê e para que é necessário modificar os riscos e as complicações que pode sofrer se o controle não é adequado, comprometer não só o paciente, também a família elemento fundamental para conseguir o apoio necessário, e as motivações em geral, ajudando desde o núcleo familiar as modificações do estilo de vida, o sedentarismo onde vários integrantes dela

podem atuar e contribuir a que os doentes assumam um estilo de vida mais saudável. (6-8).

A educação em saúde dos grupos de diabéticos tem uma importância essencial, pois dentro do grupo todos tem situações similares. Os grupos permitem aos pacientes terem contato e dividirem saberes e experiências com outros que vivem limitações impostas pelas complicações relacionadas à hipertensão, o que dá aos primeiros a oportunidade de constatar, de forma indireta, esses problemas, facilitando a percepção e o envolvimento emocional e psicológico com o tema de modo a torná-lo algo mais concreto, além de trabalhar a informação. A exploração e debate de exemplos, problemas e soluções pertencentes à realidade dos indivíduos, instigando-os a participar do processo de forma ativa, aproxima-se do proposto pela “educação problematizadora”. (11-13)

Uma educação emancipadora, tem sido discutida na APS e pelo movimento brasileiro da educação popular em saúde, convergindo com recentes estudos sobre cuidado e autocuidado em situações crônicas na ênfase que dão ao aspecto dialogal, participativo e reflexivo da troca de experiências e perspectivas dos educados. Também convergem na constatação de que a transmissão de conhecimentos é insuficiente para lograr êxito educativo e substancial contribuição para o aumento da autonomia relativa e auto-cuidado, bem como na necessidade de discussão a partir das realidades e saberes da vida e do cuidado dos usuários. (13)

Objetivo geral

- 1- Reafirmar que a educação em saúde é essencial para o controle da Diabetes Mellitus.

Objetivos específicos.

- 1- Agrupar os diabéticos por faixa etária e sexo.
- 2- Identificar os fatores de risco modificáveis, peso, sedentarismo, hábitos tóxicos, dieta, stress, aderência ao tratamento, dos pacientes.
- 3- Identificar o conhecimento dos pacientes da doença e os fatores de risco.
- 4- Avaliar o controle da glicose no início do acompanhamento.
- 5- Planejar ações de saúde coletivas com o grupo de diabéticos, e individuais nas consultas.
- 6- Avaliar o controle e modificações dos fatores de risco em períodos de três meses.
- 7- Avaliar o conhecimento dos pacientes da doença e os fatores de risco em períodos de três meses.

Metodologia.

Tipo de estudo.

Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo, longitudinal, e será desenvolvido no PSF II Luiz Carlos Brandolezi, do Município Potirendaba, Estado São Paulo com uma população de 2048 habitantes.

O universo estará constituído por os pacientes com Diabetes Mellitus cadastrados pela equipe a mostra serão 80 diabéticos da equipe, que cumpram com os critérios de inclusão e exclusão.

Desde o começo do acompanhamento deles forem detectados muitos diabéticos descontrolados com baixo conhecimento da doença, dificuldades na adesão ao tratamento. Serão agrupados por faixa etária e sexo, identificando os riscos modificáveis, avaliação de peso com o índice de massa corporal, hábitos tóxicos, sedentarismo, características da dieta, adesão ao tratamento.

Esperamos que com o aumento da educação em saúde o grupo escolhido, melhore o controle da doença, e diminuam os fatores de risco modificáveis, garantindo também adesão ao tratamento.

Os critérios de inclusão:

- 1- Pacientes diabéticos maiores de 15 anos.
- 2- Pacientes com fatores de risco modificáveis.
- 3- Pacientes que fará os controles na consulta medica.

Os critérios de exclusão:

- 1- Paciente acamado.
- 2- Paciente com alguma deficiência mental ou doença neurológica degenerativa.
- 3- Paciente que não quer participar do trabalho e as atividades de educação em saúde.

As informações serão obtidas dos prontuários médicos para a coleta dos dados necessários da consulta medica planejada.

Se fará um questionário para obter o nível de conhecimento dos diabéticos sobre sua doença aplicado no começo do acompanhamento, individual e anônima prévio consentimento informado dos pacientes, qualificando o conhecimento em baixo, meio e alto.

Planejaram-se as consultas individuais onde receberam orientações de sua doença, além de isso participaram de grupos de diabéticos planejados pela equipe, onde receberam educação em saúde. os grupos de diabéticos serão atendidos por uma equipe multidisciplinar (medico, enfermeira, nutricionista, agente comunitário de saúde?

Realizaremos avaliação deles em períodos de três meses em consulta medica, e compararemos os resultados, avaliando os mesmos elementos feitos no

princípio, comparando o peso, as mudanças da dieta, hábitos tóxicos, sedentarismo, e adesão ao tratamento, ao final avaliaremos os conhecimentos da doença. Os resultados da avaliação nos primeiros três meses compararam, o índice de massa corporal, se mantém ou não os hábitos tóxicos, si teve mudanças da dieta, se modifico o sedentarismo, e se tem boa adesão ao tratamento. Os resultados do questionário serão avaliados de maneira qualitativa da mesma maneira do início e com o mesmo questionário.

Serão utilizadas para a elaboração do projeto, recolecção e análise dos dados um notebook Acer com sistema operativo Windows 8.1 e o pacote de programas do Microsoft Office 365.

A recolecção de dados e os resultados serão mostradas em forma de tabelas e gráficas.

Aspectos éticos.

Pedira-se por escrito o consentimento informado a cada um dos pacientes para utilizar os dados de maneira anônima obtido dos prontuários y o questionário.

Resultados esperados

Nosso trabalho quer demonstrar que o aumento dos conhecimentos da doença e dos fatores de risco dos pacientes, com as orientações recebidas na consulta e os grupos ajudam para obter maior controle e adesão ao tratamento diminuindo assim os riscos de ter complicações.

A estratégia de educação em saúde é muito importante para melhorar o impacto da Diabete Mellitus, doença de alta prevalência no Brasil e no mundo, que provoca diminuição da qualidade de vida e invalidez de muitas pessoas a maioria preveníveis, quando o paciente tem um rol importante em seu tratamento e controle.

Cronograma

Atividades.	Febereiro	Marco	Abril	Maiο	Junho	Julho
Elaboraçaο do projeto	X	X				
Estudo do referencial teόrico.		X	X	X	X	X
Revisão final e digitaçaο				X		
Entrega do trabalho final				X		
Socializaçaο do trabalho.					X	X

Bibliografia

- 1- Santos LM. Competências dos profissionais da saúde nas práticas educativas em Diabetes Mellitus na Atenção primária à saúde. 2011. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- 2- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Itapevi, SP: A. Araujo Silva Farmaceutica, 3ed, 2009
- 3- OMS Nota descritiva N°312 Noviembre de 2014
- 4- Caderno Saúde Pública vol.26 no.5 Rio de Janeiro Maio 2010
- 5- Caderno Saúde Publica vol.7 no.6 Rio de Janeiro Junho 2011
- 6- Manual de orientação clínica Diabetes Mellitus. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. AL Barbosa Murro, M Tambascia, M de Carvalho. 2010
- 7- Liao D, Asberry Pj, Shofer JB. Improvement of BMI, body composition, and body fat distribution with lifestyle modification in Japanese Americans with impaired glucose tolerance. *Diabetes Care*. 2002; 25(9):1504-10
- 8- Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Rev Ass Med Brasil* 2009; 45(3):279-284.
9. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr* 2010; 12(1):33-41.
10. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saude Publ* 2012; 19(Supl.1):S29-S36.
11. Cazarini RP, Zanetti ML, Ribeiro KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de *diabetes mellitus*: porcentagem e causas. *Medicina* 2002; 35:142-150.
12. COSTA JA, et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p.2001-2009, 2011
13. GRILLO MFF, GORINI MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm*. v.60, n.1, p.49-54, 2007.

