



Intervenção educativa para modificar o conhecimento sobre diabetes em pacientes com esta doença na USF de santa Cecilia

Aluna: Enia Magdelin Espinosa Arias
Orientadora :leda Aparecida Carneiro

São Paulo
Março - 2015



SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Objetivo.....	5
3. Metodologia.....	6
3.1 Cenário da Intervenção.....	6
3.2 Sujeitos da Intervenção.....	6
3.3 Estratégias e ações.....	6
3.4 Avaliação e Monitoramento.....	6
4. Resultados esperados.....	8
5. Cronograma.....	9
6. Referências.....	10

1.INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica em expansão em todo o mundo, que provoca alterações no cotidiano e nas relações individuais e interpessoais das pessoas que dela são portadoras, a qual pode acompanhar-se de grande sofrimento psicológico e forte impacto familiar e social na vida de muitos pacientes¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil durante a Campanha Nacional de Detecção de Diabetes, essa doença afeta aproximadamente 194 milhões de indivíduo, aproximadamente 346 mil novos casos em indivíduos acima de 40 anos de idade, além dos 11 milhões de casos já existentes. No Brasil, em 2008, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, a prevalência foi de 5,2%².

A DM é caracterizada por níveis de insulina endógena normais, deprimidos ou elevados, porém inadequados para superar a resistência à insulina, tendo como resultado a hiperglicemia. O indivíduo com DM, se não for adequadamente tratado e controlado, com o passar do tempo pode desenvolver alterações progressivas na retina, rins, nervos periféricos e desencadear lesões ateroscleróticas do coração, membros e cérebro.

A DM é considerada umas das principais causas de morte e a incidência e a prevalência estão aumentando em todo o mundo. A principal causa de cegueira adquirida, amputação de membros inferiores sem situação de trauma e de insuficiência renal em Programa de diálise, sendo causa de 6% das mortes e responsável por 30% das internações em UTIS³.

Assim, esta patologia grave vem aumento gerando grande impacto na saúde pública, implicando em problemas sociais, diminuição da qualidade de vida com agravos para o surgimento de outras doenças, acarretando em dificuldades económicas pela redução da produtividade e altos custos de tratamento⁴.

O tratamento inclui o auto cuidado, como terapia nutricional, medicações, exercícios, monitoração da glicose sanguínea e educação em saúde.

O auto cuidado refere-se às ações e práticas realizadas pelas pessoas e famílias em benefício da sua própria saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas, sem supervisão médica formal.

A educação em saúde é um dos pilares da promoção do autocuidado em DM, deve ser uma atividade planejada, objetivando criar condições para produzir mudanças de comportamentos em relação à saúde⁵.

As pessoas com DM que participam ativamente do tratamento, assistidas por uma equipa capaz de fornecer os recursos, as orientações e o apoio necessários, podem alcançar o melhor nível de glicemia. Proporcionar a essas pessoas as ferramentas necessárias para o controlo glicémico é uma importante meta do tratamento, com a finalidade de retardar ou interromper as complicações micro e macrovasculares, ao mesmo tempo, minimizando a hiperglicemia e o ganho excessivo de peso⁶.

É claro que o tratamento do DM está nas mãos de profissionais e paciente, mas o sucesso no tratamento da doença depende, principalmente,

dos pacientes, que aprenderam a ter autocontrole com a dieta, exercício e tratamento em relação à sua doença^{7,8}.

Ainda é difícil encontrar um serviço de saúde que coloca igual ênfase nos aspectos educacionais de atendimento, apesar de todo o mundo há um consenso unânime de que organizado e educação sistemática do paciente diabético com uma boa orientação sobre formas saudáveis de comportamento através de palestras e conferências corte popular dado por médicos ou outros relacionados, produz uma redução significativa na mortalidade, complicações e custos desta doença.

Prestar assistência ao paciente portador de uma doença crônica torna-se um desafio, pois além de contar com o apoio do setor de saúde, requer também a participação da família e do indivíduo, atuando este como ator na busca de realizar completamente seu potencial para a saúde através de estratégia para a melhoria das condições de saúde, compreendendo um processo de capacitação da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo participação e controle desse processo^{9,10}.

Uma vez que o DM exige do indivíduo um manejo eficaz de atividades de autocuidado, é necessário que os profissionais da área da saúde ao realizar seu plano de cuidados considerem aspectos individuais do paciente, a fim de que juntamente com ele consiga encontrar, por meio de avaliação criteriosa do comportamento, medidas adequadas para promover sua saúde.

Dessa forma, para alcançar um potencial elevado de saúde, por meio do estímulo da adoção o de hábitos saudáveis, devem-se considerar fatores pessoais de origem interna ou externa dos indivíduos, tais como o comportamento em situações de saúde-doença, percepções acerca da situação vivenciada ou mesmo o autocontrole sobre suas vidas¹¹.

Em nossa unidade de saúde há um grande número de pacientes com essa doença, muitos não conhecem nada sobre a diabetes, complicações e tratamento, nada sobre como eles podem melhorar a saúde, alterando estilos de vida e apresentam muitas complicações cardiovasculares, cerebrais e renais por mal controle da doença, o que motivou a fazer este trabalho educativo com este grupo.

Considerando o exposto, o objetivo desse estudo é aumentar o conhecimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus através de um projeto de intervenção educativa.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é aumentar o conhecimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus através de um projeto de intervenção educativa.

3.MÉTODO

Trata-se de um estudo de Intervenção Educativa que será realizado com pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM).

3.1 Cenário da Intervenção

Este estudo será realizado na UFS Santa Cecília, no município de Itapevi, na grande São Paulo, no período de Dezembro 2014 á Junho de 2015.

3.2 Sujeitos da Intervenção

A amostra será constituída por 159 pacientes diabéticos cadastrados na unidade da UFS, que concordarem em participar do estudo de forma voluntária, após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de inclusão serão estudados pacientes com DM tipo 2, com idades entre 18 a 59 anos, ambos os gêneros, capazes de responder verbalmente ou pela escrita um questionário.

Serão excluídas as mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional.

3.3 Estratégias e Ações

Será aplicado um questionário que abordara características sócio demográficas e clínicas, sendo (sexo, idade, grau de instrução, atividade física, tempo de desenvolvimento da doença, dieta, peso corporal, tipo de tratamento, adesão ao tratamento e complicações).

Os dados sociodemográficos e clínicos serão coletados por meio de entrevista individual com os participantes, utilizando instrumento estruturado.

A aplicação do instrumento será realizada pela própria pesquisadora no momento da consulta em ambiente calmo e tranquilo. Após a aplicação do instrumento será verificado o grau de conhecimento do paciente sobre a doença e o mesmo será encaminhado ao Curso Básico de Diabetes Mellitus.

O curso Básico sobre (DM) consiste em abordagem geral sobre a patologia, epidemiologia, tratamento, adesão ao tratamento, complicações e qualidade de vida, o curso será realizado em salas na própria UFS de forma dinâmica e com duração máxima de 60 minutos, uma vez por semana por 4 semanas.

3.4 Avaliação e Monitoramento

Após o período de 4 semanas o questionário será aplicado novamente e os dados serão comparados para saber a eficácia da orientação.

Quanto a Medida de Adesão ao Tratamento as respostas serão obtidas por meio de escala ordinal de seis pontos. Para análise dos escores será considerado aderente o paciente que obtiver valor maior ou igual a cinco pontos e não aderente, menor que cinco.

Para análise da frequência do consumo alimentar, será considerado aderentes os pacientes que atenderam a pelo menos três das seis recomendações nutricionais preconizadas pela Sociedade Brasileira de Diabetes, ou seja, consumo de carboidratos totais, fibra alimentar e fracionamento das refeições.

Para a análise da frequência de Atividade Física, serão considerados aderentes aqueles classificados nas categorias moderadamente ativo e muito ativo, e não aderente, aqueles inclusos nas categorias sedentário e insuficientemente ativo.

Para análise dos valores do índice de massa corpórea, circunferência abdominal e exames laboratoriais serão adotadas as recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Os dados serão tabulados em planilhas de Excel e aplicado os testes estatísticos necessários para compreensão dos dados.

O desenvolvimento do estudo irá respeitar os princípios de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação das ações propostas neste trabalho é esperado que os pacientes diabéticos tenham um aumento do nível de conhecimento sobre a doença, suas complicações e qualidade de vida. Trazendo benefícios através das orientações para um convívio melhor com a doença.

A criação de grupos de convivência, compostos por profissionais qualificados, portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 aderentes e não aderentes e seus familiares, pode ser uma alternativa para compartilhar experiências exitosas, bem como as barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais para alcançar a adesão ao tratamento medicamentoso, seguimento do plano alimentar e exercício físico.

5. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X			
Discussão e análise dos resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil (2009). Ministério da Saúde. Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus. Florianópolis: SEAD/UFSC. [Links]
2. International Diabetes Federation. Diabetes prevalence [text on the Internet]. [cited 2006 Jun 10]. Belgium: IDF; c2003. Available from: <http://www.idf.org>.
3. Bezerra Barbosa R, Barcel A, Machado CA. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. Rev Panam Salud Publica = Pan Am J Public Health. 2001; 10(5): 318-27.
4. Declaración de las Américas sobre la diabetes. Panam Health Org Bull.1996;30(3):261-5.
5. Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C, & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Cad. Saúde Pública, 21, 200-206. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100022. [Links]
6. ADA – American Diabetes Association (2010). Standards of medical care in diabetes – 2010. Diabetes Care, 33 (suppl 1), 11-61. doi: 10.2337/dc10-S011. [Links]
7. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública. 1997;2:32.
8. Garcia R. A diabetes education program based on an interactive patient centred approach: the Cuban experience. West Indian Med J. 1999;48 (Suppl 1):17.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 163-77.
10. Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. Mundo Saúde (1995). 2000; 24(1): 39-44.
11. Naidoo J, Wills J. Health promotion: foundations for practice. London: Baillière Tindall; 1998.