

***Projeto de intervenção para conclusão do curso
de Especialização em Saúde da família***

***Impacto do grupo educativo da Estratégia da
Saúde da Família da Cohab na mudança do estilo
de vida em pacientes com Diabetes Mellitus tipo2***

Autor: Yitsania Vasconcelos Díaz

Orientadora: Renata Casagrande Guzella

***Cajobi- SP
2015***

1. Introdução

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença de grande conotação mundial que constitui um importante problema de saúde pública, pois cada vez se incrementa mais a aparição de novos casos.¹ Destacam-se nas pessoas com DM, a falta de sintomas e distúrbios em geral, assim também como a dificuldade de receber e aceitar as informações específicas sobre a doença que poderiam prevenir ou pelo menos retardar o surgimento das complicações.²

Segundo Gross et al, entre as complicações do DM2, podemos encontrar: amputações, retinopatia, nefropatia, neuropatia e cardiopatia, as quais comprometem a qualidade de vida do paciente, sobrecarregam o sistema de saúde e resultam em alto custo social. Essa doença representa um considerável encargo econômico ao indivíduo e à sociedade, principalmente quando é mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que diminuem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos que, quase sempre, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas.^{3,4} Licenças para tratamento, aposentadorias precoces tem um alto custo social e por outra parte deve ser considerada a perda da renda do indivíduo, se ele tiver sua capacidade de trabalho comprometida, repercutindo negativamente nos planos pessoal e familiar.⁵

A prevenção primária protege os indivíduos susceptíveis ao desenvolvimento do DM2, contribuindo com a redução tanto da necessidade de cuidados com a doença quanto das complicações a ela associadas. E no caso da prevenção secundária envolve a detecção e a prevenção precoce das complicações relacionadas ao DM2. A mudança no estilo de vida (dieta balanceada, aumento na atividade física e controle do peso corpóreo), sustentada por um programa de educação e apoio contínuo (estratégias de baixa complexidade, alta objetividade e baixo custo), possibilita obter uma redução dos casos de diabetes no futuro próximo⁴, pois tais medidas melhoram o controle glicêmico, reduzem as complicações e, portanto, representam benefícios econômicos tanto a curto quanto a longo prazo.^{4,5,6}

Concordando com alguns autores, podemos dizer que apesar do Diabetes Mellitus tipo 2 não ter cura, pode ser controlada, conseguindo-se efetuar mudanças no estilo de vida do paciente, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos e criação de uma consciência das necessidades de ter limites e novas obrigações para garantia de sucesso no plano terapêutico.⁷

No tratamento e controle do DM2, em primeiro lugar o portador da doença deve ser conscientizado sobre as características, riscos e complicações da enfermidade.⁸ Para que isso seja feito, a educação em diabetes exerce um papel fundamental, pois por meio dela o doente se conscientiza que é portador de um quadro grave e incurável, porém compatível com uma boa qualidade de vida, se for mantido um bom controle metabólico. Estudos realizados na Áustria concluíram que um programa estruturado de ensino ao portador de diabetes permite que o paciente assuma um papel ativo no tratamento, reduzindo substancialmente seu peso corporal e a necessidade

de medicamentos hipoglicemiantes, melhorando, ao mesmo tempo, o controle metabólico.⁹

A importância da educação no manejo de diabetes é conhecida desde a década de 1930, mas a partir de 1990 os profissionais de saúde passaram a acreditar nela como forma de controle metabólico mais adequado.¹⁰ Vários autores no decorrer dos anos têm feito estudos em pacientes com DM2 evidenciando-se no grupo de intervenção que com a realização de educação nutricional e exercícios físicos pode-se obter uma redução da incidência da doença por meio de uma intervenção sustentada em modificações do estilo de vida.¹¹

Dados epidemiológicos revelam que uma epidemia de Diabetes Mellitus está em curso. Estimava-se que em 1985 existissem 35 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030. A doença tem maior intensidade nos países em desenvolvimento.¹² Enquanto nos países desenvolvidos a maioria dos diabéticos estará com 65 anos ou mais, nos países em desenvolvimento as pessoas mais afetadas estarão na faixa de 45-65 anos, ou seja, nos seus anos mais produtivos.¹³

No Brasil, dados mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,58 para a faixa etária de 0-29 anos, até 181,1 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente superior de 300 vezes. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando existe menção ao diabetes na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes. É válido salientar que os custos com o DM afetam todos, porém não é apenas um problema econômico. A dor, a ansiedade, a inconveniência e perda de estilo de vida são custos que apresentam forte impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, além de serem custos intangíveis.¹²

Coincidindo com a opinião de alguns autores, corresponde aos profissionais da saúde estar atentos na identificação das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados. É necessário que a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família desenvolva ações educativas e de acolhimento para que o paciente com DM2 assuma a sua doença e perceba a importância de seguir o regime terapêutico junto com o envolvimento da família no tratamento, garantindo que o paciente possa ter um maior conhecimento sobre sua patologia e as possíveis complicações. Portanto, é necessário que os serviços de saúde orientem melhor os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, para adesão aos fatores modificáveis de seu estilo de vida e assim garantir uma melhor qualidade de vida.¹⁴

Após se reunir a equipe de trabalho da Estratégia da Saúde da Família (ESF) da Cohab do município de Cajobi, do estado de São Paulo, foi decidido que o foco deste projeto de intervenção seria o trabalho com os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Foi selecionado o DM tipo 2 dada a alta incidência da

doença e a necessidade de criar nestes pacientes uma educação para obter melhoras no estilo de vida, incrementando-se a qualidade de vida, conseguindo-se um bom controle metabólico e um estilo de vida saudável, para dessa forma diminuir a incidência das complicações.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Educar os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 da ESF da Cohab, do município de Cajobi, para adoção de um estilo de vida saudável a fim de diminuir as complicações da doença.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus com relação ao estilo de vida antes e após as intervenções da equipe educativa da ESF.
- Fomentar a educação em saúde e difundir o conhecimento aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre as características e complicações da doença.
- Identificar fatores de risco modificáveis no paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 e fomentar uma consciência da importância da mudança destes fatores no grupo estudado.
- Estimular a mudança de estilos de vida não saudáveis.

3. Metodologia

3.1 Cenário

O município brasileiro de Cajobi, encontra-se localizado na região norte do estado de São Paulo, a aproximadamente 430 km da capital. A cidade tem uma população de 9.768 habitantes e faz parte da Microrregião de Catanduva e São Jose de Rio Preto.¹⁵

O município possui 3 ESF, entre elas a ESF da Cohab, onde será realizado este projeto de intervenção. Possui 798 famílias distribuídas em 6 micro áreas com uma população de 3137 pessoas.

São cadastrados 279 pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipos 2, dos quais farão parte do projeto aqueles pacientes com descontrole da doença que estiverem de acordo em participar.

3.2 Procedimento da intervenção

Foi realizado o diagnóstico situacional através de dados obtidos do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) da secretaria municipal de saúde e da discussão pela equipe de saúde do ESF da Cohab. Neste momento, o Diabetes Mellitus Tipo 2 foi eleito pela sua relevância e pelo interesse da equipe no tema.

Na seleção dos sujeitos da intervenção serão considerados critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão

- Pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de qualquer idade que estejam cadastrados na população adscrita da ESF- Cohab e que concordem com participar no estudo.
- Presença de valores da glicose capilar acima de 110 mg/dl (em jejum) ou medidas antropométricas anormais (Índice de massa corporal por cima de 25 Kg/m², circunferência abdominal por cima de 88cm nas mulheres e de 102 cm nos homens).

Critérios de exclusão

- Pacientes que não tenham diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes que estejam controlados da doença com valores normais de glicose capilar em jejum e medidas antropométricas normais.
- Pacientes que não concordem com participar do estudo.

No primeiro encontro será realizada uma avaliação de enfermagem, na qual serão identificados os pacientes, realizadas as aferições das medidas antropométricas e encaminhados à consulta médica em que será definido se o paciente cumpre com os critérios de inclusão ou de exclusão deste projeto.

Os pacientes que atenderem aos critérios de inclusão, participarão de três encontros mensais de uma hora de duração (nas três últimas sextas feiras do mês) por um período de três meses com os membros da ESF. Nesses

encontros serão realizadas estratégias educativas em que serão criados espaços favoráveis para a discussão de dúvidas e para o usuário interagir com o tema. Será utilizado imagens e vídeos representativos da doença e enfatizado a importância de ter um estilo de vida saudável para conseguir o controle da DM2.

No segundo encontro será aplicado um questionário elaborado pela autora do projeto para classificar e definir o estilo de vida dos pacientes em: saudável, pouco saudável ou não saudável, a fim de identificar as necessidades de aprendizagem e será realizada também uma atividade lúdica e de aproximação dos participantes.

A partir do terceiro encontro acontecerão as atividades educativas sobre os aspectos apresentados no Quadro I e por fim, no último encontro se aplicará novamente o questionário.

Posteriormente será realizado novo atendimento de enfermagem e a consulta médica para a avaliação dos resultados obtidos pelos pacientes no controle da doença.

Ao fim do projeto, a equipe educativa da ESF se deverá reunir para realizar a análise final dos resultados.

Quadro I – PLANEJAMENTO DOS ASPÉCTOS A SEREM TRABALHADOS

ASPETOS SOBRE OS QUAIS TRABALHAR	OBJETIVO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSARIOS	RESPONSAVEIS
Desconhecimento sobre a doença	Verificar o conhecimento dos pacientes com diagnóstico de DM2	Identificar as necessidades de aprendizagem dos pacientes	Temas a serem abordados	Questionário	Médico da ESF
	Fomentar a educação em saúde-doença Difundir o conhecimento sobre o DM 2.	População mais informada e interessada na própria saúde, mais consciente das complicações e participante do tratamento	Palestras informativas Grupos instrutivos Consultas educativas	Humanos medico, enfermeiros, agentes comunitários, nutricionista, fisioterapeutas Materiais: Laptop, televisão Financeiro: lanches para as palestras	Médico da ESF
Descontrole do valor da glicose e medidas antropométricas por cima dos valores normais.	Aumentar o interesse do usuário em alcançar um controle adequado da doença Estimular a auto prevenção	Melhora na aceitação do usuário das terapias não farmacológicas	Valorização da compreensão do usuário sobre sua própria doença	Humanos: médico, enfermeiros Materiais: Balança, glicômetro, fita métrica	Médico da ESF Equipe de enfermagem
Presença de estilos de vida não saudáveis ou pouco saudáveis	Identificar fatores de risco modificáveis no paciente com DM 2 Promover mudança do estilo de vida	Adesão ao tratamento não farmacológico	Melhora da visão do usuário sobre o tratamento não farmacológico	Humanos: médico, enfermeiros, agentes comunitários, nutricionista, fisioterapeutas	Médico da ESF, Equipe de enfermagem e o próprio paciente

4. Resultados Esperados

Espera-se que o projeto possa incrementar os conhecimentos que os pacientes com Diabetes Mellitus têm sobre a sua doença, aumentar a adesão de comportamentos referentes a estilos de vida saudáveis e conseguir o adequado controle da enfermidade e, assim, prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações, ajudando-os na promoção da qualidade de vida.

5. Avaliação da Intervenção

O processo de avaliação dos resultados será efetuado tendo em conta os resultados obtidos da comparação realizada nos dois momentos do questionário, e os valores da glicose capilar em jejum assim também como as medidas antropométricas antes e depois da intervenção registradas no prontuário do paciente nas duas consultas efetuadas.

Referências

- 1-Grillo MF; Gorini M. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.60, n.1, p. 49-54, jan./fev. <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a09v60n1.pdf>>.2007.
- 2-Motta DG. A Educação Participante no Controle Metabólico e Qualidade de Vida de Mulheres com Diabetes mellitus Tipo 2 (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
- 3-Gross JL, Ferreira SRG, Franco LJ, Schmidt MI, Motta DG, Quintão E, et al. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab; 44 (4) Suppl 1: 8-35. 2000.
- 4-. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Health Economics: facts, figures and forecasts. Brussels (Belgium); 1999.
- 5- Lessa I, Pousada JMDC. Qualidade da Assistência Médica ao Diabético. Arq. Bras. Med; 62 (6): 459-63.1988.
- 6- Simmons D, Peng A, Cecil A, Gatland B. The Personal Cost of Diabetes: a significant barrier to care in South Auckland. NZ Med J; 112: 383-5.1999.
- 7- Nunes A. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. Texto e contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 53-66, jun. 1993.
- 8- Portero K, Cattalini M. 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, <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude16art08.pdf>>. 2005.
- 9-. Pieber TR. Avaliação de um Programa Estrutural de Ensino e Tratamento para Diabetes Mellitus Tipo 2 em Clínica Geral numa Área Rural da Áustria. Diabetic Medicine;12: 349-54,1995.
- 10- Grossi SAA, Secoli SR. Terapia Farmacológica Oral em Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2: fundamentos para enfermagem. Diabetes Clínica; 7,3: 189-95. 2005.
- 11-Eriksson MF, Lingarde F. Prevention of Type 2 Diabetes mellitus by Diet and Physical Exercise. The 6-years Malmö feasibility study. Diabetologia; 34: 891-8. 1991.
- 12- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

13- OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

14- Pace A; Nunes P; Ochoa VK. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. Revista Latino-Americana de Enfermagem Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 312-319, mai./jun. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300008>. Acesso em: 15 out. 2009. 2003.

15- Censo Populacional 2010 - IBGE [IBGE.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Visitado em 30 de agosto de 2011.

Anexo I

Questionário

1-Você se sente ligado ao seu corpo?

R. Sim.

B. Relativamente.

C. Não.

2-Você faz, pelo menos, um checkup (controle) por ano?

R. Sim.

B. Eu faço exames, mas demora mais de um ano um do outro.

C. Eu geralmente não faço exames, eu só faço quando tenho um problema de saúde.

3-Você fuma?

A. Não.

B. Pouco.

C. Muito.

4-Você trabalha ou vive em ambientes onde tem pessoal que fuma?

A. Não.

B. Eventualmente.

C. Sim.

5-Você bebe álcool?

A. Não, eu faço socialmente ou ocasionalmente.

B. Sim, duas a quatro vezes por semana.

C. Sim, todos os dias ou quase todos os dias.

6-Você se preocupa por ter um plano de alimentação balanceada, com redução do açúcar e pouco consumo de sal?

- A. Sim, é verdade que eu faço.
- B. Sim, mas nem sempre consigo.
- C. Não.

7-Quantas vezes na semana você consome fritura?

- A. Nunca ou, no máximo, uma vez por semana.
- B. Duas ou três vezes por semana.
- C. Mais de três vezes por semana.

8-Quantas refeições você tem no dia?

- A.. Como 6 vezes no dia, consumindo frutas, leite o iogurte desnatado entre as refeições para evitar ter muita fome na hora do almoço ou jantar.
- B. Às vezes consumo algumas coisas doces e refrigerante no final da semana.
- C. Como qualquer coisa quando estou com fome, sobre tudo coisa doce, massa, refrigerante y farinas.

9-Quantas vezes na semana você faz atividade física, ou caminhadas?

- A. Duas ou mais vezes por semana.
- B. Uma vez por semana.
- C. Não realizo atividade física regularmente.

10-Você faz alguma atividade para se relaxar?

- R. Sim.
- B. Às vezes.
- C. Não.

11- Você consegue conciliar e manter o sono normalmente?

- R. Sim.
- B. Às vezes.
- C. Geralmente não.

12-Você entra em contato com o ar livre?

- A. Se não todos os dias, pelo menos nos finais de semana.
- B. Eventualmente.
- C. Praticamente nunca.

13-Quantos quarteirões você caminha por semana?

- A. 15 ou mais.
- B. Entre 5 e 15.
- C. Menos de 5.

14-Como você avalia a sua vida afetiva atual?

- A. positiva.
- B. Aceitável.
- C. Negativo.

15-Como você avalia a sua rotina na sua casa e no seu trabalho?

- A. Ativa, mas administrável.
- B. bastante intensa.
- C. fatigante.

Resultados:

Adicionar 10 pontos para cada resposta A.

Adicionar 5 pontos para cada resposta B.

Adicionar 0 pontos para cada resposta C.

- Entre 100 e 150 pontos: estilo de vida saudável.
- Entre 95 e 50 pontos: Estilo de vida pouco saudável: padrão de vida entre parâmetros saudáveis, mas precisa ser muito bem encaminhado. Se precisa da mudança de alguns aspectos do estilo de vida.
- Entre 0 e 45 pontos: Estilo de vida não saudável

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) senhor (a), Gostaria de convidá-lo (a) para formar parte de uma pesquisa sobre “Mudança do estilo de vida em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2” na Estratégia Saúde da Família da Cohab de Cajobi. Esta pesquisa tem como objetivo educar os pacientes com diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 da ESF da Cohab de Cajobi para a adoção de um estilo de vida saudável a fim de diminuir as complicações da doença.

Sua participação consistirá em responder um questionário, de aproximadamente 30 minutos de duração, no qual as informações fornecidas permitirão a melhora dos serviços de saúde na atenção ao paciente com Diabetes Mellitus tipo 2. Além disso, você fará parte de um programa onde vai receber informação sobre a doença a través de palestras, debates e bate papo.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. Tenho:

- ✓ A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas.
- ✓ A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;
- ✓ A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,
- ✓ A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deverá ficar com o (a) Sr. (a).

Assinatura do paciente

