

UNA-SUS UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YODELKYS PAZ SILVA.

"INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS DA DIABETES MELLITUS EM PACIENTES QUE FAZEM
USO DE INSULINA, ESF II, CRAVINHOS/SP"

RIBEIRÃO PRETO - SP
2015

UNA-SUS UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALUNO: YODELKYS PAZ SILVA.

"INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS DA DIABETES MELLITUS EM PACIENTES QUE FAZEM
USO DE INSULINA, ESF II, CRAVINHOS/ SP"

Dissertação do Projeto de
Intervenção. Trabalho
apresentado, como requisito
para conclusão do curso de
Pós Graduação em nível de
especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Graciana Maria de Moraes.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2015

SUMARIO

1. Introdução. -----	4
2. Objetivos. -----	6
2.1 Geral. -----	6
2.2 Específicos. -----	6
3. Revisão Literaria. -----	7
4. Metodologia. -----	8
4.1 Cenários da intervenção. -----	8
4.2 Sujeitos da intervenção. -----	8
4.3 Estratégias e ações. -----	8
4.4 Avaliação e Monitoramento. -----	10
5. Resultados esperados. -----	11
6. Cronograma. -----	12
7. Referencias Bibliográficas. -----	13
8. Anexos. -----	15
9. Termo de consentimento. -----	17

1. Introdução

A diabetes mellitus é uma doença metabólica provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina e caracteriza-se por um aumento da glicose sanguínea, levando a complicações agudas e crônicas. Essas complicações podem levar à redução da qualidade de vida das pessoas e a altos custos com o tratamento da doença. Portanto, é necessário que o tratamento esteja pautado em ações de prevenção das complicações agudas e crônicas, bem como em ações de promoção da saúde, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida a esses usuários e suas famílias ⁽¹⁾.

Em 1985 se estimava que existissem 30 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 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem nos países em desenvolvimento, onde, a epidemia tem maior prevalência, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens. Existe a previsão que, a quantidade de pessoas com Diabetes irá mais que dobrar como consequência do envelhecimento da população, da urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo e maior sobrevivência do paciente com DM. Além disso, em decorrência do crescimento da prevalência do Diabetes, será inevitável o aumento de mortes por doenças cardiovasculares nesses países, assim como, uma maior prevalência de complicações relacionadas ao Diabetes ⁽²⁾.

No Brasil, em 2010, estima-se que havia cerca de 10 milhões de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (DM). Juntamente com a hipertensão arterial, torna-se a primeira causa de mortalidade, de hospitalizações e de amputações de membros inferiores. O número de internações por DM registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH / SUS) é elevado, representando em 2000 um gasto da ordem de R\$ 39 milhões com hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽³⁾.

Somam-se a isso os denominados custos intangíveis (como ansiedade, dor, discriminação, limitação das atividades de lazer, etc.), que afetam vários aspectos das vidas dos doentes e seus familiares e que são muito difíceis de quantificar ⁽⁴⁾.

Diante deste quadro, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas dentro do chamado Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por essas doenças através do estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde ⁽⁵⁾.

No entanto, percebe-se ainda uma série de dificuldades / deficiências no que se refere à atenção ao diabetes na rede pública de saúde em nosso país: falta de recursos necessários – como equipamentos para verificação de glicemia capilar – nas unidades de saúde, quantidade insuficiente de medicamentos e insumos (seringas) para distribuição, e inadequação de condutas durante atendimento médico, demonstrando falta de preparo dos profissionais ^(6,7).

Além disto, dentro das medicações padronizadas pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus não está incluída a insulina regular, em muitos casos indispensáveis para um adequado controle glicêmico, assim como medicamentos para o tratamento das dislipidemias, que têm um custo elevado e inacessível para muitos pacientes.

No município Cravinhos, a população estimada no ano 2013 é 33.543 habitantes, o sistema de saúde do município está em processo de modificação, incluída a ampliação de mais duas equipes de saúde de APS completando cinco ESF e reforma das unidades de saúde. A nossa área de abrangência está composta por seis micros áreas com 634 famílias, totalizando 2444 pessoas das quais estão identificadas como diabéticos 139 até hoje.

A motivação para estudar o tema se deu a partir de minha prática profissional dentro de um posto ESF situado neste município Cravinhos que atende um grande número de pacientes com esta doença e são assistidos pela equipe de Estratégia de Saúde da Família. Observei que, muitos pacientes abandonavam o tratamento, deixavam de comparecer às consultas ou interrompiam o uso da medicação, outros iniciavam o tratamento, mas tinham dificuldades em seguir as orientações propostas pela equipe como: realizar exercícios físicos, comparecer às consultas, realizar dieta, ausência da participação da família no tratamento.

Para o controle da glicemia contamos com diversas formas terapêuticas, que incluem atividades físicas regulares, alimentação balanceada e acompanhamento com equipe interdisciplinar de saúde. Quando necessário essas ações são associadas à terapêutica medicamentosa, dentre elas o uso regular de insulina. Estudos também demonstram benefícios associados ao autocontrole glicêmico por fornecer aos usuários e aos trabalhadores de saúde parâmetros para avaliarem a sua eficácia e a necessidade de ajustes ⁽⁸⁻⁹⁾.

As estratégias precisam ser adequadas e o conteúdo deve ser transferido de forma simples. Precisam ser capazes de motivar as pessoas a compreender a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento, desde os aspectos mais pessoais de crenças e estado psicossocial até as implicações sociais do processo saúde-doença ⁽¹⁰⁾.

E por isso que nos decidimos realizar um plano de ações educativas individuais e coletivas para mudar essa realidade na área de abrangência da equipe uma vez identificada a Diabetes Mellitus como o principal problema de saúde na comunidade tanto por seu impacto na qualidade de vida dos pacientes quanto por as dificuldades que acarretam para a família toda.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral: Prevenir a descompensação da diabetes, a través de um projeto de intervenção, nos pacientes diabéticos que fazem uso de insulina, no ESF II Cravinhos, São Paulo num período de quatro meses.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar os pacientes diabéticos que fazem uso de insulina nessa população.
2. Conhecer as possíveis causas de descompensação dos pacientes objetos de estudo.
3. Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos dependentes de insulina sobre o autocuidado para diminuir o numero de descompensados.

3. Revisão Literária

O desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é complexo, sendo necessárias ações permanentes que não apenas foquem os indivíduos e as famílias de maneira isolada, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais destes. A baixa aderência aos tratamentos medicamentosos e, Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde ⁽¹¹⁾, o aumento da realização de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são apenas um problema individual, mas sim um problema social, que exige estratégias de ação voltadas para a população, considerando os aspectos culturais apresentados por ela. É necessário que haja uma transformação na maneira de pensar da população e principalmente na ótica dos técnicos de saúde envolvidos nesse processo. Para que tal fato ocorra, é preciso a promoção de processos participativos, que desenvolvam no indivíduo a capacidade de decisão ante os problemas. A partir da formação do pensamento crítico, o empoderamento da população surge como uma perspectiva de melhoria no quadro da saúde no Brasil, criando um conjunto democratizado com estratégias propostas a partir da promoção da saúde, envolvendo a participação da população, do governo, das instituições públicas e privadas ⁽¹²⁾.

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 ^(13,14). No entanto, a ocorrência de mudanças no estilo de vida para a prevenção de complicações e promoção da saúde no tratamento das doenças crônicas é caracterizada pela baixa adesão pelo portador de diabetes mellitus. Pace e Al avaliaram o conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de DM em um estudo descritivo realizado no ambulatório de endocrinologia e metabologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram entrevistados 24 familiares dos pacientes que compareceram aos retornos no período de abril de 2000 a março de 2001. Os familiares relatavam conhecer as causas do DM de forma parcial, sendo que vinte deles informaram melhor sobre o que o diabetes pode causar. Apenas 12 souberam informar corretamente o que é o DM; 17 entrevistados relataram que o paciente segue uma dieta prescrita, no entanto com grande dificuldade de adesão; e apenas oito praticam atividades físicas regularmente. Apesar de o estudo ter apresentado amostra pequena, os seus resultados ilustram a necessidade das ações educativas no conhecimento dos familiares sobre a doença, pois a família é um fator importante de apoio na adesão do tratamento prescrito pelo portador de DM ⁽¹⁵⁾.

4. Metodologia

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Universo: totalidade dos pascentes com diagnostico de Diabetes Mellitus.

Mostra: Não probabilística, intencional, por conveniência.

A mostra a constituirão os pacientes com Diabetes Mellitus que fazem uso da insulina, diagnosticados ate a data ou aqueles que ainda não faz uso da mesma mais estão precisando por ter valores da glicose muito elevados. Quedam excluídos os pacientes compensados com medicação oral ou aqueles que não desejaram participar. A mostra será determinada realizando glicemia de jejum e pós-prandial a todos os pacientes diabéticos de nossa área que desejaram participar no projeto.

4.2. Cenário da intervenção

Realçara-se um estudo de intervenção em pacientes com Diabetes Mellitus que fazem uso de insulina numa equipe formada para a intervenção (médico, enfermeira, nutricionista, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde) do ESFII no município de Cravinhos, São Paulo.

4.3. Estratégias e ações

As ações dirigidas aos pacientes ocorrerão num Clube da terceira idade que temos nosso município, aproveitando-se também as consultas médicas, visitas domiciliares e palestras, constarão de 3 etapas:

Etapa 1

Inicialmente será necessária a relação dos pacientes diabéticos em geral, organizados pelo endereço e por agente comunitário, estes serões convocados num encontro por semana durante duas semanas no Clube da terceira idade em jejum onde serão sometidos a exame de destro em jejum e duas horas após café da manha que será dado nesse centro. Destes resultados vamos escolher para nosso estudo todos os que fazem uso da insulina y os que têm valor de glicemia maior de 250mg/dl.

Etapa 2

Os selecionados serão convocados para um segundo encontro na Terceira Idade para descrição rápida do objetivo e da importância do Projeto de intervenção e convidados para comporem os grupos educativos. Realizar-se-á um questionário anônimo com o objetivo de identificar os conhecimentos que os participantes têm sobre a DM, alimentação, exercícios, aplicação da insulina entre outros aspectos.

Etapa 3

Serão realizadas quatro discussões em grupo acerca da DM, alimentação, exercícios, autocuidado da pele, como aplicar a insulina, com o objetivo de se aprofundar alguns temas de interesse, com uma frequência de uma hora semanal, num período de quatro semanas.

Responsáveis: médico autor da investigação, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários da saúde, nutricionista e professor de educação física do Clube da terceira idade.

Quadro-resumo das ações:

Dia	Tema	Responsável
1º dia	•Planejamento do projeto.	Equipe de saúde
2º e 3º dia	•Realização do destro em jejum e duas horas após café da manha.	Médico Técnico de Enfermagem e duas ACS
4º dia	•Avaliação de conhecimentos acerca da doença com aplicação do questionário. •Palestra da importância do Projeto de intervenção e convidados para comporem o grupo.	Médico, Enfermeira e duas ACS.
5º dia	•Grupo educativo sobre importância do cumprimento do tratamento, como aplicar a insulina.	Enfermeira e Medico
6º dia	•Grupo educativo de alimentação saudável.	Nutricionista e Medico
7º dia	•Grupo educativo da importância dos exercícios seguida por uma aula demonstrativa dos mesmos.	Professora de educação física e Medico.
8º dia	•Grupo educativo dos cuidados da pele, os pés, unhas etc.	Medico.
9º dia	•Aplicação do questionário novamente para avaliar os novos conhecimentos. •Realização do destro em jejum e duas horas após café da manha.	Médico, Enfermeira e duas ACS.
10º dia	•Confraternização	Equipe de saúde

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados durante as reuniões a relatar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos da intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais realizadas com a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções necessárias.

A aplicação do questionário (Anexo 1) possibilitará avaliar o nível de conhecimento adquirido pelos pacientes, assim como os pontos positivos e negativos observados por eles e os tópicos esperados e alcançados com a intervenção.

5. Resultados esperados

Através de atitude ativa e persistente da equipe, espera-se que os pacientes desse grupo educativo obtenham mais conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis, para um melhor controle dos valores da glicose no intuito de diminuir a incidência e prevalência das complicações oriundas da Diabetes Mellitus. Espera-se que eles aprendam como se alimentar, adquiram consciência da importância do cumprimento do tratamento e saibam como agir em casos de descompensação para garantir uma melhor qualidade de vida dos diabéticos da ESFII do Município Cravinhos.

7. Referências bibliográficas

1. Clement S. Guidelines for glycemic control .Clin Cornerstone. 2004;6(2)31-9. [[Links](#)]
2. WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE,R.; KING, H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, v.27, n.5, p.1047-53, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):490-3.
4. The DECODA Study Group. Age and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 11 Asian cohorts. Diabetes Care. 2003; 26: 1770-80.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília; 2004.
6. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saúde Pública. 2001; 35 (1): 88-95.
7. Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18(1): 205-11.
8. Turner RC. The UK Prospective Diabetes Study: a review. Diabetes Care. 1998;21 Suppl 3:C35-8. [[Links](#)]
9. Velazquez Medina D, Climent C. Comparison of outpatient point of care glucose testing vs venous glucose in the clinical laboratory. P R Health Sci J. 2003;22(4):385-9. [[Links](#)]
10. Pace AM, Oshoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2006 [citado 2010 out. 15];14(5):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf [[Links](#)]
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. [site da Internet]. [acessado 2007 jun 25]. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf
12. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque sim e porque não! Saúde e Sociedade 2004; 13(1):14-24.
13. 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 1999; 45(3):279-284.
14. Sartorelli DS, Franco LJ. 14. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad Saude Publ 2003; 19(Supl.1):S29-S36.

15. Wang C, Fenske MM. Self-care of the adults with non-insulindependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ* 1996; 22(5):465-470.

Anexo I - Instrumento de coleta de dados

Ficha de Avaliação de ESF II Município Cravinhos.

Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias). (Se você esteve doente durante os últimos sete dias, por favor, lembrem-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL

1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?

1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?

2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA

2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?

2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?

2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?

3. ATIVIDADE FÍSICA

3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?

3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?

4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA

4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?

4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?

5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?

5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?

5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?

6. MEDICAÇÃO

6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado?

OU (se insulina e comprimidos):

6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?

6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?

7. TABAGISMO

7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias?

Não

Sim

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____

7.3 Quando fumou o seu último cigarro?

Nunca fumou

Há mais de dois anos atrás

Um a dois anos atrás

Quatro a doze meses atrás

Um a três meses atrás

No último mês

Hoje.

Anexo II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Título do Projeto: "INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS DA DIABETES MELLITUS EM PACIENTES QUE FAZEM USO DE INSULINA, ESF II, CRAVINHOS/ SP"

As informações que seguem abaixo estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem por objetivo prevenir a descompensação da diabetes, a traves de um projeto de intervenção, nos pacientes diabéticos que fazem uso de insulina, no ESF II Cravinhos, São Paulo num período de quatro meses.

Os dados serão coletados por meio de um questionário composto por perguntas objetivas que serão respondidas individualmente, sem a presença da pesquisadora, evitando assim, qualquer tipo de influência, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e também no momento de divulgação dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

A principal pesquisadora é a pós-graduanda Dra Yodelkys Paz Silva que pode ser encontrada no endereço: Saldanha Marinho 300, telefone: (16)981687572 e está desenvolvendo este estudo sob a orientação da Profa. Graciana Maria de Moraes Coutinho.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, posteriormente discutindo com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Data: ____/____/____

CIENTE

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado (a) para a participação neste estudo.

Pesquisadora

