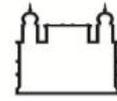




Pós-Graduação em

**Atenção Básica
em Saúde da Família**



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA ABREU

**PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DO DIABETE
MELLITUS TIPO 2: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA DE ABREU

**PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DO DIABETE
MELLITUS TIPO 2: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof Gustavo Christofolletti

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Joaquim e Lindaura que me deram a vida e orientação para vivê-la com amor e respeito pelos verdadeiros valores humanos.

Aos meus filhos Patrícia, Emmanuel e Marcello, razão maior da minha existência.

A Jose Marcelo, companheiro fiel na alegria e na dor, trilhando há décadas nosso caminhar a dois.

Aos pacientes que tanto sofrem com diabetes mellitus.

Aos familiares e moradores da comunidade de nova esperança para que aprendam a prevenir, a controlar e ajudar no tratamento da diabete mellitus tipo II.

Aos funcionários do PSF Nova Esperança para que os ajudem na orientação da prevenção e tratamento dos pacientes com diabetes mellitus.

AGRADECIMENTOS

A Cristo, o maior curador deste planeta, que sempre nos orienta e guia no exercício da medicina;

A minha família, bem maior que deus colocou em minha vida, para nos amarmos, apoiarmos, aprendermos e ensinarmos uns aos outros;

Aos parentes e amigos, presentes e ausentes, pelas vivências e ajudas mútuas;

Ao Gustavo, pela orientação e compreensão da dor da perda e luto por mim vivenciados neste ano;

Aos colegas da equipe beira rio, pela participação no planejamento e execução deste trabalho;

Ao Ministério da Saúde, a comunidade de nova esperança e a todos os funcionários do PSF Nova Esperança, que tornaram este trabalho possível.

EPÍGRAFE

"Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.

Se sentir saudade do que fazia, volte a fazê-lo.

Não viva de fotografias amarelas...

Continue , quando todos esperam que desistas.

Não deixe que enferruje o ferro que existe em voce.

Faça com que em vez de pena, tenham respeito por voce.

Quando não conseguir trotar, caminhe.

Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.

Mas nunca se detenha"

Madre Teresa de Calcuta

RESUMO

O objetivo geral deste projeto de intervenção foi desenvolver um trabalho assistencial a pessoas portadoras de diabetes melitus tipo II da comunidade do PSF Nova Esperança e como objetivos específicos estipulou-se: analisar a prevalência de casos de diabetes assistidos na unidade de saúde do PSF Nova Esperança, promover a prática da educação permanente sobre a população e os profissionais de saúde, a fim de estimular e qualificar o cuidado; implantar uma rotina de conscientização da população, com proposta de estimular práticas preventivas e avaliar o resultado do impacto da intervenção. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e a diabetes mellitus é a doença crônica mais prevalente no PSF Nova Esperança, juntamente com a hipertensão arterial, representando assim um importante problema de saúde pública. Desta forma o Ministério da Saúde, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção ao Diabetes Mellitus (junto com os hipertensos - HIPERDIA: sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM atendidos na rede ambulatorial do SUS). Foi realizada uma revisão de literatura com utilização dos seguintes palavras chave: diabetes mellitus, obesidade, doenças cardiocirculatorias. As dificuldades encontradas para esta intervenção de prevenção dos riscos e agravos do diabetes foram: falta de estrutura organizacional e física e de recursos humanos; falha nos sistemas de informação; falta de glicosímetros e fitas para a aferição da glicemia capilar; demora do retorno dos exames laboratoriais solicitados nas consultas e nos grupos; deficiência de cobertura da estratégia de saúde da família na comunidade, pois no PSF Nova Esperança existem vários territórios descobertos com apenas duas equipes de PSF para mais de 12.000 habitante; a falta de aderência ao tratamento pelos pacientes; a má alimentação; o sedentarismo. Esses problemas que dificultam a redução dos índices da diabetes foram enfrentadas com estratégias de educação permanente, a formação de grupos de diabéticos, com o HIPERDIA, palestras e rodas de conversa sobre o tema no PSF e na comunidade, distribuição de folders e cartazes educativos, a participação no programa "Saúde na Medida Certa" que promovem atividades físicas e recreativas contribuindo para a promoção do bem estar físico e mental dos pacientes com diabetes mellitus.

ABSTRACT

The general objective of this work was to develop an assistential work for the people carriers of DIABETES MELITUS TYPE II of the community of specific the NEW PSF HOPE and as objective: to smooth the prevalence of cases of Diabetes Mellitus attended in the unit of health, characterizing the affected users according to sex, age, ethnicity; to promote practical permanent education on the population and the professionals of health, in order to stimulate and to characterize the care; to implant a routine of awareness of the population, with proposal to stimulate practical preventive and to evaluate the result of the impact of the intervention. The main strategies are: the permanent education on the population and the professionals of health to be made possible through courses and lectures offered for the CEDEBA and also for the city departments and state, either for the actual and long-distance activities and also for lectures and developed educative activities in the room of wait and the diabetic and obese groups. The formation of the group of diabetic and obese is important to stimulate and to characterize the care beyond the interchange of information, as much of the professionals of health as well as between the participants, as well as favors the social activities that the communication between all will stimulate the participants. The participation in Certain "the Measured" program promoting physical and educative activities contribute for promotion of the welfare mental health and of the patients. The distribution of posters, folders, ribbons and glucometers for the awareness of the population and stimulation of the self-care and the practical preventive. The wheels of colloquy in the room of wait, the church and the associations very contribute to nullify doubts, to guide, and to stimulate the prevention, as the implementation of the curative actions adjusted to the treatment and to prevent sequelae of DIABETES MELITUS II that as many pains cause to the patient and the familiar ones and the community.

SUMÁRIO

	Página
1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	08
1.1 Introdução.....	08
1.2. Problematização local.....	09
1.3. Justificativa.....	10
1.4 Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo geral.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	13
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	14
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1.Introdução

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos¹. Sua etiologia está relacionada a defeitos na secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos como destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina².

O DM é uma doença comum cuja incidência tem aumentado muito nos últimos anos. No ano de 1995 tal doença atingia 4% da população adulta mundial e estima-se que no ano de 2025 alcançará índices próximos a 5,4%. Os países em desenvolvimento serão os que mais contribuirão para o aumento dos casos. No Brasil na década de 1980, a prevalência estava em torno de 8% da população com idade de trinta a sessenta anos, residentes em áreas metropolitanas. Atualmente estima-se que a DM afete 11% da população adulta³.

Devido a alta morbimortalidade e a perda na qualidade de vida dos pacientes acometidos, faz-se necessário o rastreamento e o controle para melhorar tão alarmantes índices. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, amaurose e doenças cardiovasculares^{3,4}.

Estudos prévios indicam que após 15 anos da doença, 2% dos indivíduos ficam cegos, 10% têm deficiência visual grave, 10 a 20% sofrerão de nefropatias, 20 a 35% neuropatias, e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Além dos gastos financeiros, a DM acarreta outros custos associados como quadros algícos, ansiedade e menor qualidade de vida, afetando tanto os pacientes quanto os seus familiares. Além disso, gera uma carga adicional à sociedade pela perda da produtividade do sujeito no trabalho⁴⁻⁷.

Do ponto de vista fisiopatológico, a DM é uma doença heterogênea complexa caracterizada por hiperglicemia devido a diminuição da atividade biológica da insulina e/ou deficiência absoluta na secreção da mesma. As alterações metabólicas causadas pela doença provocam alterações fisiopatológicas em múltiplos sistemas do organismo, lesando principalmente retina, rins, nervos periféricos e vasos sanguíneos. Os tipos mais frequentes de DM são “tipo 1”

(prevalência em torno de 7% a 10% da população) e “tipo 2” (prevalência em torno de 80% a 90%)^{1,3}.

O DM “tipo 1” é uma doença de etiologia auto imune que se manifesta geralmente na infância ou adolescência, mas pode acontecer em qualquer idade. Caracteriza-se pela deficiência absoluta na secreção de insulina, e as manifestações da falta de insulina são mais frequentes. Os pacientes apresentam poliúria, polifagia, emagrecimento, cansaço, fraqueza e cetoacidose. O DM “tipo 2” é uma síndrome que se caracteriza por estado de resistência ou deficiência na secreção de insulina. Está associada à obesidade (80% apresentam sobrepeso, e destes um número grande são obesos) e é prevalente em indivíduos de meia-idade e idosos – apesar de também ocorrer em adultos jovens e crianças. O início do caso é insidioso, geralmente assintomático e o paciente muitas vezes passa meses e até anos sem o diagnóstico. O paciente acometido pela DM “tipo 2” pode apresentar polidipsia, polifagia, perda de peso, “visão borrada” e infecções crônicas⁵.

A DM é uma doença relativamente comum e está associada a grande morbi-mortalidade. Para evitar as complicações deve-se fazer o rastreamento de pacientes assintomáticos adultos, avaliando a glicemia de jejum em todas as pessoas com idade superior a 45 anos e, principalmente, naquelas com Índice de Massa Corpórea acima que 25. O rastreio também deve envolver as pessoas mais jovens com Índice de Massa Corpórea maior que 25 e que apresentem pelo menos um fator de risco adicional⁶.

Os fatores de risco para desenvolver a DM “tipo 2” são: Idade maior ou igual a 45 anos; Sobrepeso; História familiar; Inatividade física; Raça/etnia; Intolerância a carboidratos; História de DM gestacional ou RN com mais de 4,5 kg; Hipertensão em adultos; Triglicérides maior de 250 mg/dL e/ou HDL menor de 35 mg/dL; Síndrome dos ovários policístico, e; História de doença vascular^{7,8}.

O tratamento preventivo e curativo são essenciais para o combate à DM. Os planos básicos do tratamento clínico do paciente com DM “tipo 2” envolvem o controle glicêmico com a prevenção das complicações agudas e a prevenção das complicações crônicas⁹. A assistência preventiva começa com a Educação em Saúde, dando aos indivíduos o conhecimento sobre a doença e as consequências do não diagnóstico precoce e da falta de tratamento e controle da diabete. Diante de tal revisão, o foco deste projeto de intervenção será de pacientes com DM – onde

será realizado um plano de ação para implementar um programa de educação em saúde.

1.2.Problematização local

A assistência realizada no PSF Nova Esperança envolve a realidade das pessoas, onde observa-se muita carência, falta de informação das condições de saúde e de política preventiva.

Muitos hipertensos e diabéticos estão clinicamente descontrolados, seja por não fazer a dieta e exercício físico bem como descontrola na tomada dos medicamentos. Muitos estão desnutridos por falta de alimentação ou por má qualidade e/ou quantidade dos alimentos.

Nossa unidade não funciona como PSF, embora tenha este nome. Passamos a realizar visitas domiciliares depois que o Programa Mais Médicos foi implantando na unidade. Estamos tentando implantar o HIPERDIA, mas até a fita para medir a glicemia capilar não chegou – muito embora constantemente solicitado pela equipe.

De tanto ouvir as mães dizerem que não tinham filtro para fazerem o soro caseiro com água filtrada e fervida, resolvemos distribuir filtros entre os mais necessitados da comunidade e dar palestras tanto no PSF como na escola. O percentual de verminose é grande e complicada pelo rio contaminado existente comunidade. A avaliação da água foi solicitada, mas até agora não obtivemos retorno.

A equipe está com muita vontade de ajudar a mudar esta realidade tão carente, mas os obstáculos são muitos. Na medida em que a equipe assiste os pacientes diabéticos, observamos alta prevalência de obesidade e que a maioria dos sujeitos não apresenta controle adequado de glicemia.

Do ponto de vista estatístico, 90% dos pacientes diagnosticados com DM apresentavam uma glicemia em jejum acima de 126 e 80% estão com pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg . Diante disso, optamos por envolver este projeto de intervenção na temática da Educação em Saúde, especialmente voltada às pessoas com DM.

1.3. Justificativa

Devido ao alto índice de diabéticos com taxas de glicemias muito altas na comunidade, bem como pacientes com sequelas devidos a este descontrole, optamos por desenvolver tal projeto de intervenção junto a este grupo populacional.

A prevalência de diabéticos e hipertensos na comunidade é muito grande, e a taxa de diabéticos com glicemias acima das taxas preconizadas pelo SUS é substancial. Ao investigar as causas de taxas tão altas, pudemos observar que os pacientes nem sempre faziam as dietas prescritas, geralmente não realizando a prática sistematizada de atividade física e a maioria não estavam fazendo uso de medicação.

Juntando a isto a falta de conhecimento sobre esta doença crônica que tanto prejudica os vários sistemas do organismo humano, faz-se necessário uma intervenção urgente tanto em nível de educação em saúde sobre o tema, como também para implantar ações terapêuticas abrangentes, quais sejam dietas, exercícios e medicamento. O controle, através das consultas realizadas pela equipe, da verificação de glicemias e da análise das medidas antropométricas, são partes fundamentais para saber se tais medidas estão sendo eficazes e se as orientações e as medidas educativas estão sendo entendidas e absorvidas pela população.

A formação do grupo de diabéticos e/ou obesos com risco de desenvolver a DM “tipo 2” consiste em uma das metas deste projeto, além do HIPERDIA que esperamos viabilizar a assistência a um número maior de pessoas.

Esperamos, com estas medidas intervencionistas, poder melhorar a saúde deste grupo populacional e de toda a comunidade, seja do ponto de vista clínico como psico-sócio-espiritual, uma vez que o ser humano é um ser integrado nestas quatro dimensões e que cada nível influencia um ao outro.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

Desenvolver um programa assistencial a pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas na Unidade de Saúde PSF Nova Esperança do município de ITAPOÃ, Bahia.

1.4.1. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, tem-se:

- ✓ Analisar a prevalência de casos de diabetes mellitus assistidos na unidade de saúde, qualificando os usuários acometidos segundo gênero, idade, etnia;
- ✓ Promover a prática da educação permanente sobre a população e os profissionais de saúde, a fim de estimular e qualificar o cuidado;
- ✓ Implantar uma rotina de conscientização da população, com proposta de estimular práticas preventivas;
- ✓ Avaliar o resultado do impacto da intervenção.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Para analisar a prevalência de casos de DM assistidos, qualificando os usuários acometidos segundo gênero, idade, etnia, foi elaborada um instrumento com perguntas referentes a tais dados, aplicado na comunidade assistida pela equipe Beira Rio do PSF Nova Esperança do Distrito Itapuã do município de Salvador, Bahia. Estas perguntas foram aplicadas com a ajuda dos agentes comunitários do respectivo território.

A prática da educação permanente sobre a população e os profissionais de saúde foi viabilizada através de cursos e palestras ofertados pelo CEDEBA e também pelas secretarias municipal e estadual, seja pelas atividades presenciais e à distância.

A formação do grupo de diabéticos e obesos é importante para estimular e qualificar o cuidado além do intercâmbio de informações, tanto dos profissionais de saúde como também entre os participantes. Também favorece as atividades sociais que incentivar a comunicação entre todos os participantes.

Palestras e atividades educativas foram desenvolvidas tanto na sala de espera como para o grupo de diabéticos e obesos, em horários marcados de acordo com a maior disponibilidades da população e da equipe de saúde. Além disso realizamos a inclusão dos participantes no programa “Medida Certa” que já promove atividades físicas e educativas.

A fim de Implantar uma rotina de conscientização da população, com proposta de estimular práticas preventivas foram elaborados folders e cartazes bem como sorteio de medidores de glicemia capilar. Solicitaremos a Secretaria Municipal o material didático e os medidores de pressão capilar.

O plano de ação de cada atividade vinculada a este projeto de intervenção está descrito a seguir.

Tabela 1. Plano de ação deste projeto de intervenção

O que será feito?	Como será feito?	Quando será feito?	Quem vai fazer?	Onde será feito?
Capacitação da Equipe sobre DIABETE TIPO II	Oficinas de capacitação sobre a educação em saúde com relação a DM-2	Anual	Médico e Enfermeira	No PSF Nova Esperança
Atividades de prevenção da DIABETE TIPO II	<p>1. Campanha de educação em saúde. Fazer atividades educativas: Palestras, atividade individuais e coletivas</p> <p>2. Organizar os grupos de DIABÉTICOS E/OU OBESOS para troca de experiências e/ou desenvolvimento social e de mútua ajuda.</p> <p>3. Realização com a equipe de saúde junto às comunidades palestra e atividades educativas para divulgação de saúde preventiva especialmente a prevenção de DIABETES</p> <p>4. Distribuição de material explicativo sobre prevenção de DIABETE</p>	<p>Mensal</p> <p>Mensal</p>	<p>Médicos, enfermeiros e agentes de saúde</p> <p>Toda equipe de saúde Beira Rio</p>	<p>No PSF NOVA ESPERANÇA</p> <p>Nos territórios de abrangência do PSF Nova Esperança</p>
<p>Medidas Preventivas e Curativas para o Controle de DIABETE TIPO II</p>	<p>1- Pesquisa de grupos de risco.</p> <p>2- Divulgação de sinais e sintomas da DIABETE TIPO II.</p> <p>3- Prevenção das seqüelas e incapacidades físicas.</p>	diariamente	Toda equipe Beira Rio	Nos territórios de abrangência do PSF Nova Esperança

	4-Atividades educativas.		
Diagnóstico dos casos	<p>Diagnóstico clínico através das consultas ambulatoriais e domiciliares</p> <p>Medida da glicemia, teste de tolerância a glicose e dosagem de hemoglobina glicada dos usuários diabéticos e dos grupos de risco, medidas antropométricas.</p>	<p>Diariamente</p> <p>Semanal</p>	<p>Medico e Enfermeira e técnicos de enfermagem</p>
Tratamento dos casos	<p>-Acompanhamento ambulatorial e domiciliar</p> <p>tratamento medicamentoso, medidas preventivas e curativas como exercício físico do programa SAÚDE NA MEDIDA CERTA, dieta, etc.</p> <p>-Fornecimento dos medicamentos.</p> <p>-Curativos</p>	<p>Semanalmente e se necessário diariamente depender da demanda</p>	<p>Equipe Beira Rio</p>

3.IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Baseando na realidade da equipe BEIRA RIO do PSF NOVA ESPERANÇA

- PASSO 1 - Identificando dentre os problemas dos territórios abrangidos pela equipe BEIRA RIO o que mais necessita de intervenção em nível de Promoção de Saúde :

DIABETES TIPO II

- PASSO 2 - O que acontece nesses territórios a fim de resolver os problemas que você identificou (em nível de equipe multiprofissional, de comunidade e de gestão municipal)?

A distribuição dos medicamentos pela farmácia do PSF NOVA ESPERANÇA, a atividade educativa SAÚDE NA MEDIDA CERTA, o HIPERDIA, palestras e atividades educativas. Temos dificuldades na implementação de políticas de saúde para diminuir o índice de DIABETES TIPO II, uma vez que quando cheguei ao posto nem as fitas para medida da glicemia tínhamos e só após muitas cobranças chegaram.

PASSO 3 - Reflita sobre a realidade encontrada em seu território, sugerindo o desenvolvimento de um plano de ação para promover a saúde de sua população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica a DIABETES como fator de risco às doenças cardiovasculares/AVC/INFARTO, além de ser uma doença que ataca vários sistemas do organismo, bem como leva à várias sequelas que diminuem tanto a qualidade de vida do indivíduo como a sua longevidade. O controle da glicemia a um nível adequado, através de medicamentos, dieta e exercícios físicos é prioritário para a saúde desta população. Tendo em vista a elevada ocorrência de mortes associadas direta ou indiretamente à DIABETES e ao comprometimento da qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares, devidos as sequelas provocadas por esta doença, faz-se necessário uma intervenção urgente e efetiva no município de Salvador e também nos demais municípios haja vista os indicadores do SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO SUS.

Para controlar a DIABETE, como também as demais doenças crônicas não contagiosas o SUS está distribuindo gratuitamente e efetivamente os medicamentos em sua rede de farmácias, bem como nas farmácia conveniadas com

o programa FARMÁCIA POPULAR/DO POVO. Também propõe um conjunto de estratégias, para o monitoramento como por exemplo o HIPERDIA DO PSF.

O Plano de Ação

Tema atividade educativa	Justificativa para sua execução	Forma de implementação da atividade.	Publico alvo	Resultados esperados	Parâmetros de avaliação
<p>1. DIABETES E AS CONSEQUÊNCIAS DAS HIPERGLICEMIAS</p> <p>2. DIETA ADEQUADA PARA A COMPENSAÇÃO DA DIABÉTES TIPO II.</p> <p>3. O EXERCÍCIO FÍSICO AJUDA A CONTROLAR OS NÍVEIS DA GLICEMIA EM DIABÉTICOS TIPO II.</p> <p>4.A TOMADA INADEQUADA DAS MEDICAÇÕES LEVA AO DESCONTROLE DA GLICEMIA.</p> <p>5.O</p>	<p>1. A população deve conhecer a DIABETES e as consequências do descontrole dos índices glicêmicos para a saúde.</p> <p>2.Os pacientes, conhecendo a dieta adequada, passar a fazer uso da mesma podem, ajudando a prevenir tanto os picos hiperglicêmicos como a obesidade.</p> <p>3. Motivar a prática de exercícios</p>	<p>1.Atividades educativas na sala de espera : palestras e distribuição de Materiais ilustrativos como cartazes, folders .Livretos, etc</p> <p>2.Atividade educativa PIRÂMIDE DOS ALIMENTOS .</p> <p>3.Exercícios físicos elaborados pelo grupo SAÚDE NA MEDIDA CERTA em convênio/intercâmbio com os diabéticos ou participantes com fator de risco.</p> <p>4.Palestras e demonstração/explicação de como tomar as</p>	<p>DIABÉTICO S E INDIVÍDUOS COM FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVER A DIABETES TIPO II.</p>	<p>Melhorar o nível de conhecimento dos agravos que a DIABETES pode causar, estimular o uso de dietas adequadas e exercícios físicos como co-fatores para o sucesso do tratamento, aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso adequado e também ao tratamento não medicamentoso, melhorar</p>	<p>Avaliação clínica dos participantes nas consultas.</p> <p>Avaliações nas visitas domiciliares.</p> <p>Medidas da glicemia capilar no dia do HIPERDIA.</p> <p>Feedback dos participantes na roda de conversa e esclarecimentos e nas reuniões de equipe.</p> <p>4.Controle e conhecimento dos AC's dos diabéticos</p>

<p>DESCONHECIMENTO DOS EFEITOS DIRETOS E INDIRETOS DA DIABETES LEVA A NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO</p> <p>6.MÉTODOS PARA AFERIÇÃO DO ÍNDICE GLICÊMICO</p>	<p>físicos para melhor controle da glicemia , da obesidade e melhorar o tônus e a perfusão/circulação.</p> <p>4.Orientar como tomar os medicamentos e conscientizar da necessidade da aferição dos índices glicêmicos.</p> <p>5.Melhor aderência ao tratamento.</p> <p>6.Avaliação e Controle</p>	<p>medicações.</p> <p>5.Palestras e roda de perguntas e respostas para dirimir dúvidas e partilhar experiências.</p> <p>6.Medida da glicemia capilar/ HIPERDIA e explicações sobre o significado das aferições para avaliação e acompanhamento da evolução do tratamento.</p>		<p>os índices glicêmicos e diminuir as consequências do DIABETES DESCOMPENSADA, bem como prevenir e/ou tratar as sequelas provocadas pela doença.</p>	<p>dos seus respectivos territórios.</p> <p>Seguimento pelo médico ,enfermeira , técnicos e AC's no GRUPO DE DIABÉTICOS.</p>
--	---	---	--	---	--

AÇÕES REALIZADAS ATÉ O INÍCIO DA REFORMA DO PSF NOVA ESPERANÇA :

As principais estratégias foram: a educação permanente sobre a população e os profissionais de saúde a ser viabilizada através de cursos e palestras ofertados pelo CEDEBA e também pelas secretarias municipal e estadual, seja pelas atividades presenciais e à distância e também pelas palestras e atividades educativas desenvolvidas na sala de espera e nos grupos de diabéticos e obesos. A formação do grupo de diabéticos e obesos mostrou-se muito relevante por

estimular e qualificar o cuidado, além do intercâmbio de informações entre os participantes e favorecer as atividades sociais.

A participação no programa “Medida Certa” promovendo atividades físicas e educativas contribuem para promoção do bem estar.

Nas consultas ambulatoriais além da anamnese, exame físico, solicitação de exames e prescrição, os pacientes são orientados a como tomar adequadamente os medicamentos, fazer exercícios físico, e como se alimentar adequadamente, para controle dos níveis glicêmicos segundo o protocolo do SUS.

No atendimento domiciliar além do que foi dito acima para as consultas domiciliares, foi acrescentado também o acolhimento da família e orientação para que todos contribuíssem com a prevenção e tratamento curativo da DIABETE.

HIPERDIA: avaliação dos pacientes, aferição da glicemia capilar, medidas antropométricas, verificação e orientação quanto a tomada da medicação, da manutenção da dieta e da execução dos exercícios físicos; distribuição de medicamentos; perguntas e respostas para dirimir dúvidas, controle e acompanhamento dos diabéticos.

GRUPO DE DIABÉTICO E OBESO (3 ENCONTROS):

No primeiro encontro fizemos uma roda de conversa onde, após as apresentações, os pacientes foram convidados a falar sobre seus entendimentos e duvidas sobre DIABETE ; a partir do que foi discutido no grupo, a médica fez uma explanação resumindo o conceito e agravos da diabete tipo II, sobre a prevenção e tratamento (em linguagem acessível aos participantes); após a explanação os participantes foram convidados a falar sobre as dificuldades enfrentadas para controle da diabete, e a seguir sobre as facilidades; por último foi feito um feedback com todos os participantes sobre a primeira reunião , apontando os pontos fortes e fracos com sugestões.

No segundo encontro fizemos alguns exercícios físicos, baseados nas sugestões colhidas no primeiro encontro, foi feito uma nova roda de conversa, cada participante colocou como estava se sentindo, o que tinha melhorado ou piorado com as novas abordagens do DIABETE e relatados as dificuldades encontradas; foi aferida a glicemia capilar e feito as medidas antropométricas para comparação com as medidas seguintes.

No terceiro encontro, fizemos alguns exercícios e a seguir fizemos uma dança circular, que os participantes gostaram muito , segundo o feedback feito no final do encontro. Idem as medidas de glicemia capilar e antropométricas com comparações entre as medidas iniciais.

PALESTRAS:

Na palestra sobre DIABETE, foi utilizado a ajuda de álbum seriado e figuras ilustrativas sobre os agravos da DIABETE e medidas de prevenção, bem como orientação para a tomada adequada da medicação , juntamente com a dieta e os exercícios físicos.

Na palestra sobre ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL utilizamos a técnica da PIRÂMIDE ALIMENTAR, em que os participantes confeccionaram uma pirâmide onde colocaram os alimentos , classificando os ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, e o percentual adequado de cada um nos diversos níveis da pirâmide.

FEIRA DA SAUDE NO CEASA (MEDIDA DA GLICEMIA CAPILAR, DISTRIBUICAO DE FOLDERS, ETC);

PROGRAMA "SAUDE NA MEDIDA CERTA" (EXERCÍCIOS FÍSICOS E ATIVIDADES RECREATIVAS foram desenvolvidas para os diabéticos que aderiram ao programa).

A distribuição de cartazes, folders, fitas e glicosímetros para a conscientizar a população sobre a prevenção da DIABETES II e estimular o auto cuidado e as praticas curativas e preventivas. As rodas de conversa na sala de espera, na igreja e nas associações contribuem para orientar e estimular as ações preventivas e curativas adequadas para controle da glicemia dos diabéticos e evitar os agravos e sequelas provocadas pela DIABETES MELLITUS II que tantas dores causam ao paciente, aos familiares e a toda comunidade.



Figura 1. Foto demonstrando atividades realizadas nas casas dos pacientes, envolvendo a pessoa acometida pela DM e seus familiares

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a etapa de implantação do projeto de intervenção tenha sido interrompida com a reforma do PSF NOVA ESPERANÇA, as atividades desenvolvidas até então melhoraram tanto a compreensão da DIABETES TIPO II, como a necessidade da prevenção dos agravos que esta doença pode desenvolver, bem como as sequelas dela advindas.

Através das ações que foram desenvolvidas incentivou-se a prática de exercícios físicos, e aumentou a adesão ao programa SAÚDE NA MEDIDA CERTA, bem como a melhorou a alimentação com uma dieta mais saudável hipocalórica, sem açúcar e rica em verduras, legumes e frutas. Também passaram a tomar a medicação adequadamente e não mais reclamaram de ter que aferir a glicemia capilar antes de trocar a receita.

Os níveis de glicemia aferidas no PSF NOVA ESPERANÇA e nas visitas domiciliares melhoraram em torno de cinquenta por cento, mas os pacientes não tinham aparelho para medir a glicemia capilar regularmente em casa e nem dinheiro para se locomover para o PSF NOVA ESPERANÇA regularmente. Isto dificultou a aferição e o controle dos níveis glicêmicos e conseqüentemente a diminuição dos índices de DIABETES TIPO II. Sugerimos que sejam distribuídos glicosímetros gratuitamente para os pacientes diabéticos que não tenham condições econômicas para comprar, bem como a fitas de aferição da glicemia.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 29 (Suppl1) S43-S48, 2006.
2. Gross JL, Silvério SP et al. Rotinas diagnósticas em endocrinologia. Porto Alegre: Artmed, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p.
6. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2003; 27(Suppl 2): S14-S16. <http://www.diabetes.ca2>.
7. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes – 2002 – Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellito e Tratamento do Diabetes Mellito do Tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2002.
8. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. 9. Gross JL, Zeelmanovit T, Oliveira J, Azevedo MJ, Screening for diabetic nephropathy: is measurement of urinary albumin-to-creatinine ratio worthwhile? *DiabetesCare* 1999.
9. Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de La Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latinoamericana.