



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



ODALYS PACHECO MESA

INCENTIVAR MUDANÇA DE ESTILOS DE VIDA AOS USUÁRIOS
DIABÉTICOS NA UNIDADE DE SAÚDE GASTÃO DE OLIVERA EM
CORUMBÁ/ MS

CAMPO GRANDE / MS
2015

ODALYS PACHECO MESA

**INCENTIVAR MUDANÇA DE ESTILOS DE VIDA AOS USUÁRIOS
DIABÉTICOS NA UNIDADE DE SAÚDE GASTÃO DE OLIVERA EM
CORUMBÁ/ MS**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito para obtenção do Certificado do Curso de Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos para o Brasil/PROVAB, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^a Cristiany Incerti de Paiva Rodrigues

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu filho que sempre está comigo em tudo, mas agora está longe, porém ainda dá força e alegria.

AGRADECIMENTOS

À minha família por seu apoio e compreensão para atingir um objetivo a mais em minha vida.

A minha equipe pela paciência e seu inestimável apoio no esclarecimento de dúvidas.

A minha tutora Cristiany, pelo apoio contínuo durante todo o projeto de intervenção.

EPÍGRAFE

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) tornou-se um problema de saúde em todo o mundo pela crescente incidência e prevalência e com alta taxa de morbidade e mortalidade causada por complicações que surgem em seu curso. O presente trabalho descreve o projeto de intervenção com pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, na Unidade Básica de Saúde Gastão de Oliveira, Corumbá/MS. A Diabetes mellitus é uma doença crônica que se caracteriza pela diminuição relativa ou absoluta de insulina e graus variados de resistência periférica à ação desse hormônio que leva ao aumento da glicose no sangue. A metodologia utilizada visou a implantação de grupos com o objetivo de desenvolver ações para refletir sobre o estilo de vida cotidiana relacionada à patologia crônica, caracterizando como educação em saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente no controle dos agravos, meio das novas estratégias e ações que são apresentadas durante o tratamento e o indivíduo passe a transformar os antigos hábitos e inicie uma nova forma de ver e viver a vida, buscando assim, a sua qualidade, aprendendo a conviver com a doença de uma forma mais amena, o que resulta também na busca pelo aumento de sua autoestima. Os pacientes tiveram a oportunidade de falar o que pensavam, participaram das reuniões, onde foram mostrados os alimentos adequados para evitar o excesso de peso, realizaram atividades físicas adaptadas para a idade e para as dificuldades conforme as suas patologias e estabeleceram metas individualizadas. Conduzidos pela equipe da unidade básica sobre todos os benefícios relacionados à implantação dos grupos. Pode-se concluir que o projeto alcançou seu objetivo, proporcionou aos pacientes um controle mais eficaz da doença, bem como uma melhora da qualidade de vida.

Palavras Chaves: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Atenção Básica.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) became a health problem worldwide by the growing incidence and prevalence and with high morbidity and mortality caused by complications that arise in its course. The present work describes the intervention project with patients with Diabetes Mellitus type 2, on basic health Unit Gastão de Oliveira. Diabetes Mellitus is a chronic disease which is characterized by relative or absolute decrease of insulin and varying degrees of peripheral resistance to the action of this hormone that leads to increased glucose in blood. The methodology aimed at the implementation of groups with the aim of develop actions for reflect about the lifestyle everyday related the chronic pathology, featuring the education in health about a prospect of promotion, prevention and mainly in control the aggravations. Half of the new strategies and actions that are presented during the treatment, the individual pass the transform the old ways and start a new way of view and live the life, seeking so, their quality, learning to live with the disease in a way more, what results also in the search by increase of your self-esteem. Patients had the opportunity to speak what they thought, participated in the meetings, where were shown the food suitable to avoid the overweight, performed activities physical adapted to the age and for the difficulties as their pathologies and established goals individualized. Conducted by the team of basic unit about all the related benefits of deployment groups. If can conclude that the project reached its goal, provided to patients a more effective control of the disease, as well as an improvement in the quality of life.

Accurate descriptors: Health education; Self-care; Diabetes Mellitus

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Conhecimentos dos pacientes sobre doença Diabetes.....	23
Tabela 2 – Controle metabólico da glicose.....	27
Tabela 3 – Avaliação Índice Massa Corporal (IMC).....	29
Tabela 4 – Comportamento da pressão arterial.....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Doutora explicando sobre o projeto para os pacientes diabéticos ..	21
Figura 2 – Mostra dos alimentos saudáveis para a Diabetes	24
Figura 3 – Pacientes diabéticos através da realização de exercícios físicos com educador físico.....	25
Figura 4 – Mostra de glicose capilar	26
Figura 5 – Verificação do peso dos paciente	27
Figura 6 – Verificação de extensão da circunferência abdominal.....	29
Figura 7 – Medição da pressão arterial em os pacientes diabéticos.....	30

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	10
1.1 Introdução.....	10
1.2 Objetivo Geral.....	13
1.3 Objetivos Específicos.....	13
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	14
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS.....	36
APENDICE.....	38

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O termo Diabetes Mellitus (DM) compreende um grupo de doenças crônicas e complexas do metabolismo que se caracterizam por hiperglicemia sustentada, causada pela diminuição relativa ou absoluta de insulina e graus variados de resistência periférica à ação desse hormônio que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, determinando, ao longo do tempo, o comprometimento da função e estrutura vascular e conseqüentemente a dos órgãos por ela irrigados¹.

Os processos fisiopatológicos responsáveis pelo desenvolvimento do DM2 são múltiplos, assim como sua evolução, suas manifestações clínicas, sua resposta à terapêutica e às medidas de prevenção. Diabetes Mellitus é uma metabólica crônica, enquadrada dentro as doenças crônicas não transmissíveis que são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. É uma das patologias que gera maior incapacidade e mortalidade que ocupam grande parte dos recursos de saúde de todos os países. Esta obra reduziria os indicadores de morbidade e mortalidade, com a conseqüente redução dos custos econômicos para o país. A pessoa com DM requer atenção contínua da equipe de saúde e orientação para o autocuidado, o que possibilita a redução do risco de complicações agudas e a prevenção de complicações crônicas decorrentes da evolução da doença¹.

Cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar até 2030. Aproximadamente quatro milhões de mortes ao ano são atribuíveis a complicações do diabetes. Em termos do número de diabéticos, Os dez principais países do mundo são: Índia, China, Estados Unidos, Indonésia, Rússia, Japão, Emirados Árabes Unidos, Paquistão, Brasil e Itália. Os custos de atenção ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais da saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e do nível de complexidade dos tratamentos disponíveis².

Os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde, conforme estimativas obtidas em 25 países latino-americanos. Estudos baseados em populações, realizados na China, Canadá,

Estados Unidos e em vários países europeus indicam que intervenções para alterar o estilo de vida no mundo podem prevenir o início do diabetes em pessoas de alto risco. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, as consequentes alterações no estilo de vida das sociedades contemporâneas, como por exemplo, as mudanças dos hábitos alimentares, o aumento do sedentarismo e do estresse, e o aumento da expectativa de vida da população, colaboraram para o aumento da incidência das doenças crônicas³.

Atualmente, as doenças crônicas constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças crônicas respiratórias são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo, representando 60% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças que afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento³.

Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025. Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrente do aumento da esperança de vida e do crescimento populacional; nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo de 45-64 anos onde sua prevalência deverá triplicar, duplicando nas faixas etárias de 20-44 e 65 e mais anos⁴.

No Brasil, estima-se que existam cerca de cinco milhões de diabéticos, dos quais 50% desconhecem sua condição de doente e seu diagnóstico é feito ao apresentarem uma complicação crônica e irreversível da doença. O coeficiente de mortalidade para o Brasil é de 9,45/100 mil habitantes. Estima-se que 3 à 5% da população sejam diabéticas, sendo que 90% não são dependentes de insulina, 5 a 10% são insulina dependentes e 2% dos casos são secundários ou associados⁵.

O Brasil vem desenvolvendo diversos estudos que demonstram, desde os anos 80, a magnitude do problema da DM. Dados do Ministério da Saúde apontam para a prevalência de 32% para sobrepeso e 8% para obesidade na população brasileira. A mulher tem prevalência ligeiramente maior (12,7%). Apesar disso o aumento deste percentual entre homens foi mais acentuado do que entre mulheres, principalmente no período mais recente. Estimando-se que em 2025 possa existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país e com vistas à redução da morbimortalidade relacionada a esta doença⁶.

Nesse panorama, vemos uma epidemia em todo o mundo ocidental, de doenças metabólicas como DM, obesidade e dislipidemia, que se inter-relacionam, formando um espectro de anormalidades que favorecem a instalação e o desenvolvimento acelerado do processo aterosclerótico, uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos dias atuais. A união de diversas anormalidades metabólicas incluindo obesidade central, HDL colesterol baixo, triglicerídeos aumentados, níveis pressóricos acima do normal e hiperglicemia são conhecidos como Síndrome Metabólica (SM)⁷.

Os últimos dados de 2013 no município de Corumbá foram informados 1.651 pacientes diabéticos, com um percentual de 2.0 % em relação ao nacional. Na unidade no momento contamos com 91 diabéticos⁸.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

A unidade apresenta alta incidência de diabéticos descompensados, a situação se agrava por dieta incorreta, falta de conhecimento sobre a quantidade e a qualidade da sua alimentação, eles não têm hábito de praticar exercícios físicos de forma sistemática. Diante dessa situação propomos desenvolver o PI para fortalecer as nossas ações de prevenção e controle da doença.

Pretende-se alcançar com este projeto de intervenção um maior conhecimento dos pacientes sobre sua doença e como conviver com ela, educá-los em como devem fazer sua dieta para manter uma alimentação adequada, os exercícios que devem realizar para manter seu peso adequado e sua pressão arterial, além disso, manter sua glicose controlada, conseguir evitar complicações para os pacientes diabéticos tenham um envelhecimento ativo e saudável.

O principal objetivo é sensibilizar o paciente na tomada de decisões referentes ao seu tratamento, transformando-o em gerente da sua doença e incentivando-o a utilizar o sistema de saúde como uma ferramenta para o seu controle, quando for necessário. Desta maneira, o processo educativo aumenta a autonomia dos pacientes. Para que este processo seja bem sucedido, o paciente deve ter

participação ativa no processo de aprendizagem, o conhecimento de cada pessoa deve ser valorizado, assim como o tempo e o espaço para trocas de informações devem ser garantidos.

1.2 Objetivo geral:

Contribuir com a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade por diabetes mellitus no município de Corumbá.

1.3 Objetivos específicos:

- Estimular os diabéticos a se organizarem em grupos de ajuda mútua, como: grupo de caminhada, grupo de conversa para troca de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.

- Desenvolver ações de educação em saúde como forma de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os diabéticos sobre a forma de prestação desse cuidado continuado com a participação familiar.

- Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.

3 ANÁLISE ESTRATÉGICA

A população alvo desta intervenção serão os usuários pertencentes à unidade de ESF Gastão de Oliveira, localizada em Município de Corumbá, MS, totalizando oitenta e dois usuários com Diabetes Mellitus (n=82).

Dentro das características epidemiológicas relevantes da amostra, alguns pacientes consomem cigarros, bebidas alcoólicas, alimentação inadequada, não realizam atividades físicas, tem uma história familiar de diabetes mellitus e muitos deles têm IMC com valores por acima do normal e circunferência abdominal com igual características, essas valores anormais segundo referência da bibliografia consultada^{11,12}.

Na ESF as dificuldades de controle da DM estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença.

Estes pacientes serão informados do projeto de intervenção sendo comunicados que não receberão nenhuma forma de pagamento pela participação neste projeto e que deverão assinar concordando com as considerações levantadas (anexo 1).

O projeto será realizado na unidade básica de Gastão de Oliveira, cedida para esse fim. Os pacientes diabéticos serão convidados através dos agentes comunitários de saúde que entregarão em mãos no domicílio, o consentimento informado impresso contendo data, hora e local do evento e o objetivo do mesmo.

Nosso trabalho será dividido em duas etapas:

Primeira etapa:

- Capacitação da equipe: Enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e recepcionista, definindo atribuições de

cada profissional, conceito de Diabetes, níveis normais de glicose, índice de massa corporal, fatores de risco.

- Convidar pacientes diabéticos para participarem do projeto por meio de agentes comunitários e assim assinarem o consentimento informado.

Segunda etapa:

Para modificar a situação problema será feito um trabalho com pacientes diabéticos de março à julho 2014, durante todas as quartas-feiras, no período vespertino.

- Uma hora da tarde será realizada a triagem aos pacientes diabéticos, verificando sua glicose, pressão arterial e peso.
- Após serão realizadas atividades educativas relacionadas com atividade física e a alimentação. O que devem fazer, o cuidado com o pé diabético, higiene, será realizado rodas de conversa para fazer uma valoração de como o transcorreu a semana.
- Em seguida começaremos com a prática de exercícios aeróbicos realizados por uma professora de educação física em nossa unidade, com uma duração de 30 minutos. Além disso, serão realizadas caminhadas nas sextas-feiras, para completar três dias de exercício semanal.

Educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes diabéticos. O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações. A, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença^{13,14}.

O cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde⁽¹⁴⁾. Na unidade de saúde, contamos com o apoio do NASF auxiliando a monitorar a saúde dos pacientes diabéticos.

O sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter

iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença. O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação, por isso o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao paciente com DM. A importância da educação em saúde foi demonstrada em pacientes com DM tipo 2 em atendimento ambulatorial, em um Hospital Universitário associado ao Sistema Único de Saúde¹⁵.

Os pacientes que consultavam com enfermeiro apresentaram maior chance de obter uma HbA1c < 7% (RC: 3,29, p =0,005). Este benefício foi confirmado posteriormente em ensaio clínico randomizado (ECR). No entanto, dados mais recentes questionam a eficácia da educação na melhora do controle glicêmico dos pacientes com DM tipo 2¹⁶.

A educação em DM prevê uma parceria entre o educando e o educador, com o objetivo de promover o autocuidado. Outro aspecto importante é a definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença. Estas intervenções poderiam melhorar os resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com DM. ⁽¹⁷⁾

Planejamento do PI

O que será feito?	Como será feito?	Quando será feito?	Quem vai fazer?	Por que fazer?	Onde será feito?	Recurso necessário	Avaliação
Atividade Física	1- Exercício físico. 2- Caminhadas	1-Toda segunda e quarta-feira 2-Toda sexta-feira	1- Educador físico, Enfermeiro e Médico. 2- Pacientes previamente	Demonstrar a importância da atividade física para melhorar o sistema circulatório	1-UBS 2-O poliesportivo	Recurso humano e local	

			avaliados e ESF.				
Alimentação Saudável	1-Roda de conversa 2-Entrega de Panfletos	Mensal desde abril ate setembro de 2014	Enfermeiro, Médico e NASF.	É necessário que os pacientes tenham hábitos alimentares adequados e, portanto, mantêm o controle de sua doença e evitar complicações.	UBS	Recursos Humanos, Papel, Impressora	
Hábitos Tóxicos e fatores de risco	1- Palestras 2- Dinâmica de grupo.	Todas quintas 21-5-14 23-7-14 23-4-14	1- Enfermeiro, Médico e NASF 2- Enfermeiro e Médico e NASF	Conheço os riscos do uso de álcool e tabaco, assim como a obesidade	UBS	Recursos Humanos	

	3- Atividades educativas	25-6-14	3- Enfermeiro Médico e NASF	e hipertensão em Diabetes.			
Atenção Integral	1- Capacitação a equipe de saúde.	Abril de 2014	Medico				Recurso humano , local e computador.
	2-Criar Círculos do Diabético	Abril de 2014	Equipe de trabalho	Profissionais de saúde, trabalhadores de saúde e população em geral, devem ter conhecimentos na gestão, cuidados e	UBS		Recurso humano
	3- Realizar a pesquisa do Diabetes	Todos os dias Quintas feiras	Equipe de trabalho Enfermeiro e medico.				Recurso humano

	<p>4- Palestras</p> <p>5-Filmes e Vídeos</p> <p>6-Control de Glicemia, peso e PA.</p>	<p>9-7-14</p> <p>Todas quinta férias nas tardes</p>	<p>Enfermeira e médico</p> <p>Enfermeira e Técnico enfermagem</p>	<p>complica�es de pacientes diabéticos</p>		<p>Recursos Humanos, TV, DVD</p> <p>Recursos Humanos Glic�metro Pesa e Aparelho da pressão</p>	
--	---	---	---	--	--	--	--

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nesta etapa realizamos a capacitação da equipe sobre diabetes mellitus e os cuidados gerais que deve ter o diabético. Aconteceu no dia 11 de abril, na unidade básica de saúde da Gastão de Oliveira, sendo ministrada pela doutora Odalys Pacheco Mesa, contou com a participação dos 8 agentes comunitários de saúde, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e recepcionista.

A capacitação teve início às 13:00h com encerramento às 15:00h, onde foi abordado os temas.

- Conceito e manifestações clínicas da diabetes;
- Complicações mais frequentes e como evitar;
- Tratamento educativo e sua relação com estilos de vida;
- Uso do tratamento medicamentoso.

Foi uma capacitação teórico-prática, muito importante, os participantes aumentaram seu nível de conhecimento e outros aprenderam coisas novas, todos compreenderam o valor da capacitação para o melhor cuidado do paciente diabético.

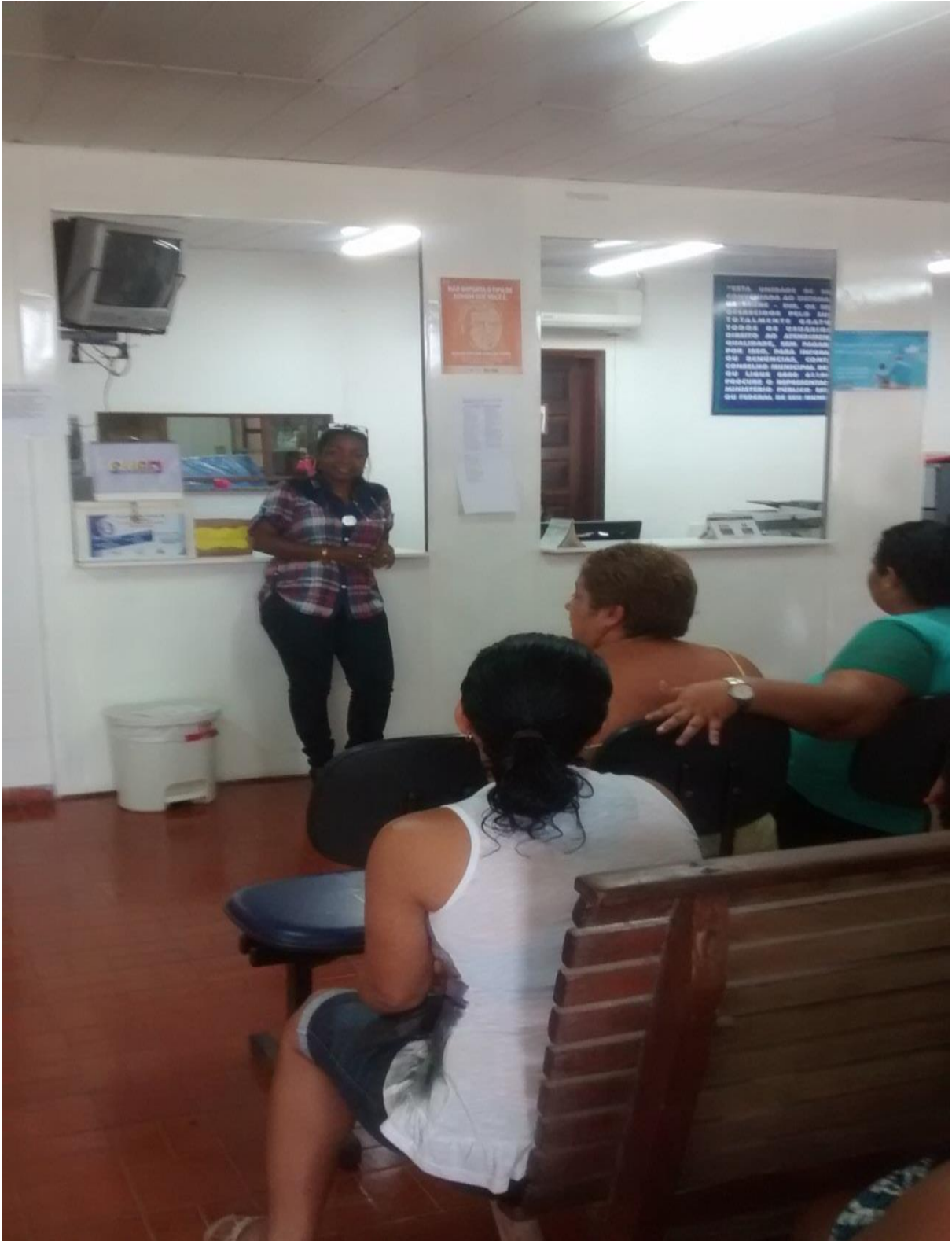
Os agentes comunitários de saúde realizaram pesquisa dos pacientes diabéticos para participarem do projeto. Muitos aceitaram contribuir, porém não reuniram os parâmetros expostos. Somente 82 pacientes diabéticos apresentaram as condições para participarem, todos assinaram o consentimento informado (apêndice 1).

Posteriormente foi criado o círculo dos diabéticos (grupo de pacientes com esta doença).

Desenvolvimento do projeto de intervenção segunda etapa:

Nesta etapa, o projeto foi realizado todas às quintas-feiras de cada mês na ESF Gastão de Oliveira, onde realizamos as atividades na sala de espera, na sala da enfermeira, na sala de reuniões e atividades físicas locais. As atividades sempre começaram às 13 horas e encerravam às 16 horas. O local foi organizado com cadeiras, mesas e artigos esportivos. Os pacientes foram recebidos por toda a equipe, na primeira etapa se explicou como seria desenvolvido o projeto e em uma segunda etapa as perspectivas da intervenção proposta.

Figura 1 Doutora explicando sobre o projeto para os pacientes diabéticos



Fonte: Própria

Nosso primeiro encontro com os usuários envolveu 82 pacientes diabéticos que foram comprometidos com o projeto e a primeira atividade foi uma roda de conversa, o mesmo é um método de discussão que possibilita aprofundar o diálogo com a

participação democrática, a partir da riqueza que cada pessoa possui sobre o assunto, na roda cada integrante teve oportunidade de falar ou expressar o que pensa, realizada em forma de círculo, com uma pessoa para facilitar a participação das pessoas, e o foco da conversa foi a alimentação dos diabéticos, como são seus hábitos de vida e comportamento de sua doença. Essa atividade foi realizada no dia 16 de abril, no período vespertino e o questionário (Apêndice 2) foi utilizado para avaliar o conhecimento da doença.

Educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes diabéticos, O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensação, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde Vila Romana, São Paulo recentemente se realiza uma intervenção em uma população de pacientes diabéticos por meio de formação de grupos para ação educativa e seguimento regular, observou-se os diabéticos, a redução absoluta foi de 22%, para aqueles com glicemia superior a 200mg/dl, e aumento de 33%, para aqueles com níveis inferiores a 125mg/dl¹⁶.

O cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde.

No dia 9 de abril, no período vespertino foi realizado uma palestra sobre hábitos tóxicos, eles são frequentes e prejudiciais à saúde, tais como: café, tabaco e álcool, são por vezes difíceis de remover, causando danos à saúde por sua aparência física, mental e social. Esta atividade foi avaliada através de um questionário (apêndice 3).

No mês de abril, foi realizado avaliação do peso, circunferência abdominal de acordo com o IMC (anexo 4), controles de medição de pressão arterial e glicose metabólicas capilar. Ao longo deste mês a participação foi boa.

Foi aplicado um questionário (anexo 1) antes das intervenções sobre o conhecimento dos pacientes diabéticos sobre essa doença.

Tabela 1 - Conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes

Conhecimento Diabetes	Pacientes diabéticos	Total (%)
-----------------------	----------------------	-----------

Sim	22	26.8
Não	60	73.1
Total	82	100

Fonte. Própria

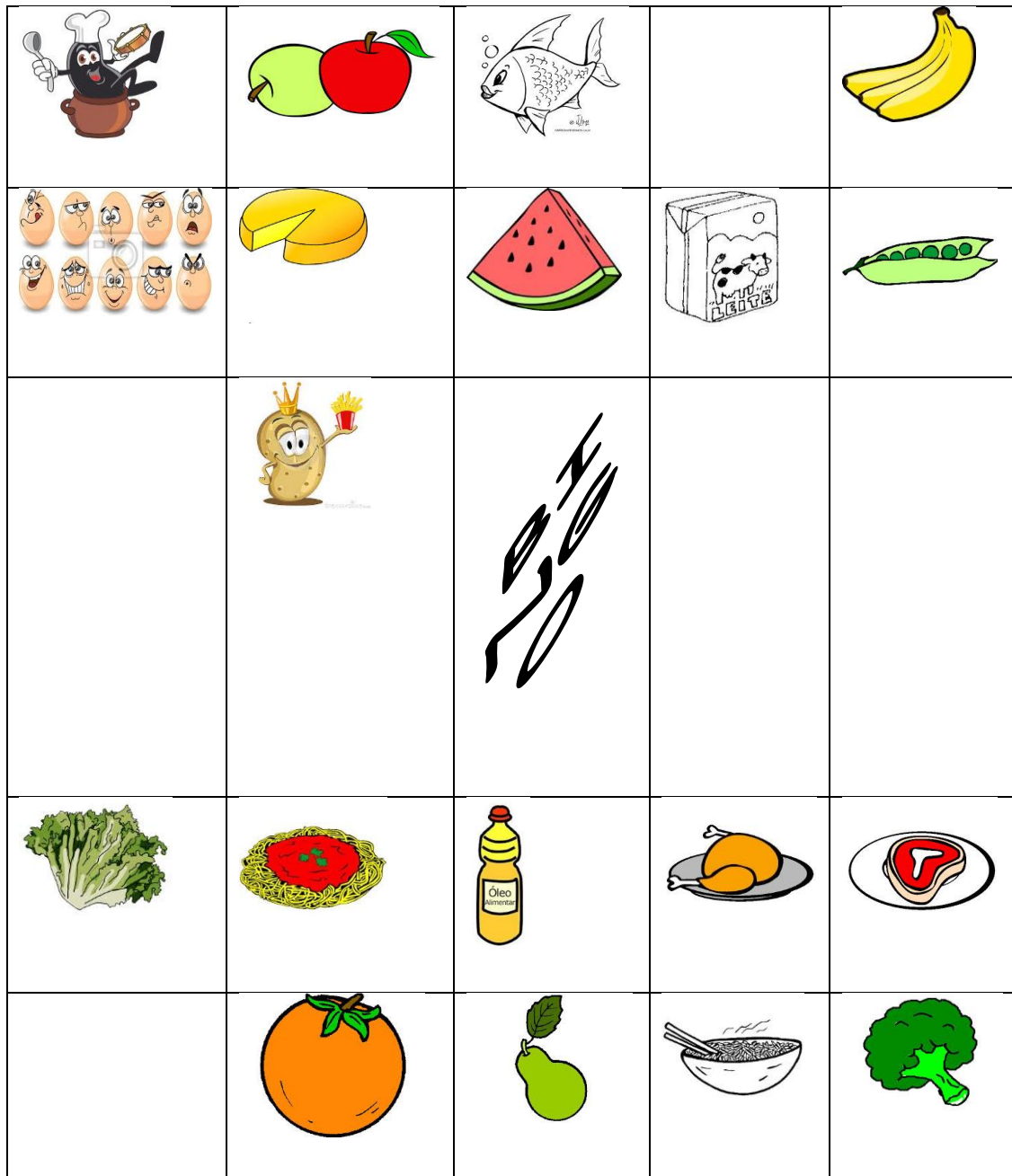
Realizada por meio de questionário, verificou-se que o conhecimento do que é diabetes estava faltando: seus fatores de risco, como viver com a doença e como preveni-la. De 82 pacientes, apenas 22 apresentaram conscientização sobre a doença.

O sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença. O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação, por isso o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao paciente com DM. A importância da educação em saúde foi demonstrada em pacientes com DM tipo 2 em atendimento ambulatorial, em um Hospital Universitário associado ao Sistema Único de Saúde¹⁵.

Durante o mês de maio as atividades realizadas estavam relacionadas com os fatores de risco no atendimento integral do paciente diabético, foi entregue folhetos relacionados ao tema diabetes, como: seus cuidados, alimentação, peso, conhecimento de outras doenças associadas, etc. Durante desenvolvimento das palestras, o controle metabólico e atividade física foram realizadas.

Julho, foi mês de sucesso, realizamos palestras sobre alimentação e após uma dinâmica de grupo os pacientes demonstraram os conhecimentos adquiridos durante as aulas e compreenderam a importância de uma alimentação saudável. A participação foi ótima. Também foi realizado atividades físicas, controle de pressão, caminhadas, glicose e peso.

Figura 2: Mostra dos alimentos saudáveis para a Diabetes



Fonte:
literatu
ra
consul
tada

Tam
bém
foi
feita
uma
pales
tra
de
demo
nstra
ção
do
atend
iment
o
integr
al ao
pacie

nte diabético, com destaque para o pé diabético, onde participou toda a equipe e NASF. Foram realizadas atividades físicas e controles metabólicos. Os parâmetros avaliados nos pacientes diabéticos foram bons, pois deram a sua contribuição para a atividade apropriada.

No mês de julho os parâmetros metabólicos de pacientes foram aceitáveis e as atividades de participação foram boas.

Figura 3: Pacientes diabéticos através da realização de exercícios físicos com educador físico.



Fonte: Própria

Foi realizado no mês de julho um painel de discussão sobre a avaliação global dos nossos pacientes. Os agentes comunitários participaram cada um com quatro pacientes diabéticos com seus registros médicos para fazer uma avaliação dos parâmetros de glicose, peso, pressão arterial e IMC, avaliado de janeiro à julho. A avaliação foi efetuada através da utilização de cores diferentes, de acordo com os parâmetros a serem medidos e dependendo do valor indicado. Por exemplo:

- Verde para os parâmetros de avaliação bom;
- Amarelo para os parâmetros de avaliação regular;
- Vermelho para os parâmetros de avaliação ruim.

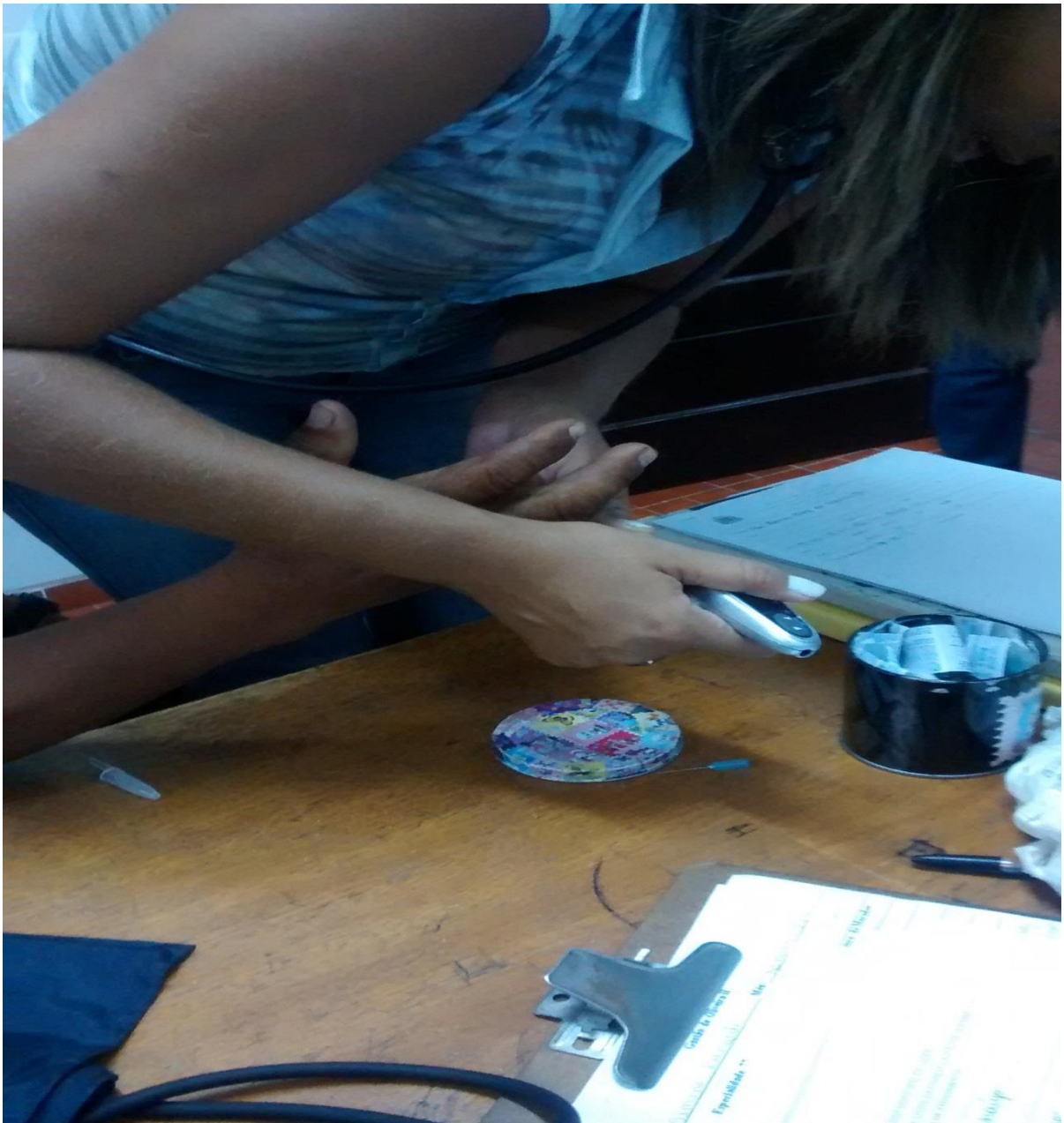
Critério e parâmetro de glicose do DM (anexo 1)

1-Glicose boa. Glicemia < 130 mg/dl em cinco encontros de sete, mostra-se com cor verde

2-Glicose regular. Glicemia entre 130 e 200 mg/dl em três encontros de sete, mostra-se com cor amarelo

3-Glicoserum. Glicemia > 200 mg/dl em dois encontros de sete, mostra-se com cor vermelho.

Figura 4: Mostra de glicose capilar



Fonte: Própria

Tabela 2: Controle metabólico da glicose

Controle Glicose	Pacientes Diabéticos	t %
Bom	16	19.51
Regular	25	30.48
Ruim	41	50
Total	82	100

Fonte. Prontuário da ESF

Esta bibliografia relacionada ao nosso trabalho sobre os pacientes que consultavam com enfermeiro apresentaram maior chance de obter uma HbA1c < 7% (RC: 3,29, p =0,005). Este benefício foi confirmado posteriormente em ensaio clínico randomizado (ECR). No entanto, dados mais recentes questionam a eficácia da educação na melhora do controle glicêmico dos pacientes com DM tipo 2(18).

- Parâmetros pra IMC (anexo 2)

IMC bom. Diabéticos de sete consultas tiveram cinco entre (18,5-24,9 kg / m²), representamos com cor verde

IMC regular. Diabéticos de sete consultas tiveram três entre (25-29,9 kg/m²), representados com cor amarelo.

IMC ruim. Diabéticos de sete consultas tiveram dois entre (> 30 kg/m²), representados com cor vermelho.

Figura 5: Verificação do peso dos pacientes



Fonte: Própria

Figura 6: Verificar a extensão da circunferência abdominal



Fonte: Própria

Tabela 3: Avaliação Índice de Massa Corporal (IMC)

Avaliação IMC	Pacientes diabéticos	t %
Bom	25	30.48
Regular	16	19.51
Ruim	41	50
Total	82	100

Fonte: Prontuário da ESF

Analisando este parâmetro mostra-se que 30.48% dos pacientes com IMC mantiveram-se dentro dos parâmetros normais, 19.51% regular, 50% ruim.

Parâmetros da pressão arterial.

- Bom. O paciente permaneceu cinco consultas com pressão entre 120/80, representado com cor verde.
- Regular. O paciente permaneceu três consultas com pressão entre 130/90, representado com cor amarelo.
- Ruim. O paciente permaneceu duas consultas com pressão acima de 135/95, representados com cor vermelho.

Figura 7: Medição da pressão arterial em os pacientes diabéticos



Fonte: própria

Tabela 4: Comportamento da pressão arterial em pacientes diabéticos

Pressão Arterial	Pacientes diabéticos	t%
Boa	53	64.63
Total	82	100

Fonte: Prontuário da ESF

Este parâmetro em nosso projeto não foi bom, é necessário trabalhar mais fortemente para melhorá-lo.

Educação é um elemento importante no tratamento de pacientes com DM e, de acordo com a American Diabetes Association (ADA), todos os pacientes com DM deveriam receber educação para o autocuidado. Em função disso, no ano de 2006 foi criada a National Standards for Diabetes Self-Management Education (DSME), com o objetivo de garantir a qualidade da educação para o autocuidado fornecida aos pacientes com DM, nos mais diversos cenários, tendo como base as evidências científicas. O DSME tem como principais objetivos a capacitação do paciente na tomada de decisões em relação a sua doença, estimulando o comportamento direcionado para o autocuidado, o que resultaria na resolução de problemas com a colaboração ativa da equipe de saúde¹⁹.

A educação em saúde ajuda a preparar os nossos pacientes a lidar com suas vidas e prevenir a doença e como viver com ele quando forem adquiridos¹⁹.

Dos 82 pacientes que participaram do projeto, 100% falam que a primeira prioridade para o controlar a diabetes são os alimentos saudáveis, 53,2% referem as caminhadas como uma segunda prioridade, terceira prioridade 46,8% são os exercícios físicos. Esta pesquisa mostra que nossos pacientes têm as habilidades para lidarem com a sua doença e manter um estilo de vida saudável.

A educação em DM prevê uma parceria entre o educando e o educador, com o objetivo de promover o autocuidado. Outro aspecto importante é a definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo com o paciente, para que ele assuma maior responsabilidade no cuidado da sua doença. Estas intervenções poderiam melhorar os resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com DM².

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes é uma disfunção que vem afetando milhões de pessoas ao redor do mundo, podendo ser considerada uma verdadeira epidemia. Fatores hereditários contribuem para o seu aparecimento, mas não se pode esquecer que hábitos alimentares inadequados, infelizmente também têm uma grande parcela de contribuição no surgimento da doença. Assim sendo, recomendam-se hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas regulares, bem como acompanhamento médico periódico para, se não possível evitar o diabetes, pelo menos controlá-lo.

A implantação desse projeto na ESF só foi possível porque houve comprometimento de toda a equipe da unidade para que houvessem resultados, houve a participação e a busca de melhor qualidade de vida por parte das pacientes que participaram do mesmo, concluindo até o fim essa etapa.

A realização do Projeto de intervenção “Incentivar mudanças de estilo de vida aos usuários diabéticos na unidade de saúde Gastão de Oliveira em Corumbá”, possibilitou conhecer a realidade dos pacientes diabéticos quanto ao seu comportamento referente à sua doença, os pacientes se sensibilizaram na tomada de decisões relativas ao seu tratamento, criação do grupo de diabéticos, onde os pacientes realizam juntos caminhadas, palestra troca de receitas, e as suas preocupações, desta forma estimulamos aos pacientes a mudar os estilos de vida inadequados a uma vida saudável, onde podem compartilhar o auto cuidado de sua doença.

Além disso, melhorou o nível de conhecimento sobre Diabetes Mellitus nos pacientes e nos trabalhadores da saúde. Foi incorporada a equipe do NASF para o trabalho no intuito de alcançar a inter-relação dos nossos pacientes com especialistas tais como: nutricionista, educador físico, psicóloga, assistente social e fisioterapeuta. Alcançou-se a incorporação dos pacientes diabéticos para as diferentes atividades educativas realizadas em cada unidade de saúde, bem como a participação de muitos dos membros da família.

O trabalho também apresentou aspectos negativos, como: a equipe não foi capaz de reduzir os níveis de glicose no sangue dos pacientes à normalidade, os pacientes têm conhecimentos sobre a doença, mas não aplicam para melhorá-la e a maioria dos pacientes também tem números elevados de pressão arteriais causados pelos maus hábitos alimentícios.

Desta forma, acredita-se que este trabalho foi de grande relevância social para os pacientes diabéticos e para a equipe de saúde, uma vez que, através do projeto de intervenção e da educação em saúde foi possível capacitar a equipe de saúde para prestarem um atendimento de qualidade aos pacientes diabéticos na Estratégia de Saúde Familiar de Gastão de Oliveira.

Este trabalho nos deu a oportunidade de oferecer o nosso conhecimento e atingir os objetivos. Sugerimos estender este projeto para outras unidades de saúde em nosso município e continuar a desenvolvê-lo com os demais pacientes diabéticos.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2005; 28
3. Venkat Narayan KM, et al. Diabetes: The Pandemic and Potential Solutions, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 591-604.
4. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais Mortalidade e Nascidos Vivos. [Acesso em 2006 Dez 9]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H011Jd5L25M0N>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. HIPERDIA - Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública. 2001; 35(6): 585-8. PMID:11799474.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura do PSF. [Acesso em 2007 June 16]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
7. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, editor. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo; 2003. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004
10. Assunção MC, Santos I, Gigante DP. [Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome]. Rev Saude Publica. 2001 Feb; 35(1): 88-95. PMID:11285523. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100013>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M; VALSIM. Prevalence, management and control of diabetes mellitus and associated risk factors in primary health care in Portugal. Rev Port Cardiol. 2010 Apr; 29(4): 509-37.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

14. Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Demócrito Rocha; 2003.
15. Scain SF, Friedman R, Gross JL. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*. 2009;35:603–11.
16. Reusch A, Ströbl V, Ellgring H, Faller H. Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A prospective controlled trial of rehabilitation in patients. *Patient Educ Counseling*. 2011;82:186–92.
17. International Diabetes Federation (IDF). International Standards for Diabetes Education. [citado em: 2 out 2010].
18. Reusch A, Ströbl V, Ellgring H, Faller H. Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A prospective controlled trial of rehabilitation in patients. *Patient Educ Counseling*. 2011;82:186–92.
19. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34Suppl 1:S11–61.;82:186–92.
20. International Diabetes Federation (IDF). International Standards for Diabetes Education. [citado em: 2 out 2010].

ANEXOS

ANEXO 1

Media de glicemia	Hemoglobina glicosilada
80 mg/dL - 120 mg/dL	5% - 6%
120 mg/dL - 150 mg/dL	6% - 7%
150 mg/dL - 180 mg/dL	7% - 8%
180 mg/dL - 210 mg/dL	8% - 9%
210 mg/dL - 240 mg/dL	9% - 10%
240 mg/dL - 270 mg/dL	10% - 11%
270 mg/dL - 300 mg/dL	11% - 12%
300 mg/dL - 330 mg/dL	12% - 13%

Critério e parâmetro de prevalência do DM sobre controle metabólico.

1-Controle metabólico bom. Hbglicada < 7%, Glicemia de jejum < 130 mg/dl 25% dos diabéticos

2-Controle metabólico regular. Hbglicada entre 7% e 9%, Glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/dl 45% dos diabéticos

3-Controle metabólico ruim. Hbglicada > 9%, Glicemia de jejum > 200 mg/dl 30% diabéticos

Total 10% da população de 20 anos e mais

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012

ANEXO 2

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu diretrizes para IMC

Parâmetros	Valores
Normal	(18,5-24,9 kg/m ²)
Sobrepeso	(25-29,9 kg/m ²)
Obesidade	(> 30 kg/m ²)

APÊNDICE

Apêndice 1

1-TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estes pacientes serão informados do projeto de intervenção sendo comunicados que não receberão nenhuma forma de pagamento pela participação neste projeto e que deverão assinar concordando com as considerações levantadas, na unidade básica de Gastão de Oliveira.

Apêndice 2:**QUESTIONÁRIO:**

Idade.....

Sexo.....

Ocupação.....

Escolaridade.....

Anos de diabéticos.....

Fuma Sem..... Não.....

Álcool. Sem.....Não.....

Quantas refeições faz ao dia.....

Que alimentos comem com mais frequência.....

Realiza atividade física Sim..... Não.....

Realiza caminhadas Sim..... Não.....

Quantas vezes na semana

Uma vez.....

Duas vezes.....

Três vezes.....

Todos os dias.....

Nenhuma.....

Faz cuidado com os seus pés Sim..... Não.....

Nunca.....

A vezes.....

Sempre.....

Alguma vez ouviu falar sobre a doença diabetes Sim..... Não.....

Apêndice 3:**QUESTIONÁRIO:**

1- Responda quais são os fatores de risco para você.

Fumo.....

Álcool.....

Idade.....

Sexo.....

Raça.....

Colesterol alto.....

Pressão alta.....

Fazer atividade física.....

2- Órgão do corpo que pode ser complicado em diabéticos.

Olhos.....

Baço.....

Coração.....

Pulmão.....

Fígado.....

Rins.....

3- É importante para você saber sobre sua doença.

Sim.....

Não.....