



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Lilian Yuri Saito Andrade de Oliveira

A promoção do autocuidado no paciente portador de diabetes mellitus

Florianópolis, Março de 2016

Lilian Yuri Saito Andrade de Oliveira

A promoção do autocuidado no paciente portador de diabetes
mellitus

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Alexandra Crispim da Silva Boing
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Lilian Yuri Saito Andrade de Oliveira

A promoção do autocuidado no paciente portador de diabetes
mellitus

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Alexandra Crispim da Silva Boing
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Para que o paciente portador de diabetes mellitus saiba realizar o auto-cuidado é necessário que o mesmo seja informado quanto as complicações da doença, além de orientar o paciente a realizar uma dieta adequada. A abordagem na correção da dieta no tratamento do diabetes mellitus é de fundamental importância ao doente. Já que é um dos fatores que promove controle da doença e melhoria na qualidade de vida e aumento na sobrevida. Na área de abrangência da UBS do Viviv Xavier constatamos que os pacientes tem dificuldade financeira na aquisição de frutas, verduras e leguminosas, consumindo alimentos industrializados com alto índice glicêmico e de carboidratos. A montagem de uma horta comunitária auxiliará a população a alimentar-se adequadamente. O projeto é passível de ser realizado, já que trata-se de um problema de alta governabilidade. O custo para implementação é baixo e por ser de interesse de todos os pacientes, todos serão responsáveis no cultivo e cuidado da horta. Através da montagem da horta comunitária é esperado que os pacientes diabéticos consigam realizar uma dieta adequada, com alto consumo de fibras e leguminosas. A dieta resulta na obtenção do equilíbrio energético e na manutenção do peso corporal adequado, mantidos por meio do consumo de uma dieta balanceada e da prática regular de atividade física. O objetivo geral é promover o auto-cuidado aos pacientes com diabetes mellitus da área de abrangência da UBS Vivi Xavier. Os objetivos específicos seriam a montagem de uma horta comunitária para a população, auxílio nas informações para dieta adequada aos portadores de diabetes mellitus e o acompanhamento e controle dos níveis glicêmicos de pacientes portadores de diabetes mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Autocuidado, Alimentação Saudável, Níveis Glicêmicos

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Os bairros que constituem o Conjunto Habitacional Vivi Xavier: Leblon, Jardim Belle Ville, Jardim Planato, Jardim Palmeiras, Porto Seguro I e II, São Paulo, Alto da Boa Vista I e II, Assentamento Green Ville, Jardim Viena, Jardim Gávea, Jardim Atenas, Assentamento Marieta, Manoel Gonçalves I e II, Bavária, Vivi Xavier, Assentamento Shekinah, Assentamento Professora Marieta, Jardim Paris, Portal do Sol, Jardim Cancúm. Abrangendo uma área de aproximadamente 22.000 habitantes. A UBS VIVI XAVIER conta com 3 equipes de E.S.F, apesar de contar com quatro médicos Clínicos Gerais (2 servidores municipais, 1 do programa mais médicos - cubana e 1 do PROBAV), pois só temos 3 enfermeiros na UBS, o quarto enfermeiro era do PROVAB - enfermeiros e este ano não foi ofertada vaga para tal.

A região conta com Associação de Moradores do Vivi Xavier, é acompanhado com o Conselho de Saúde onde tem participação ativa dos moradores: Arnaldo Carazoni, Sônia Regina, Ivone Egídio. A região também é amparada pelo “Projeto Sabão” , fundado pela Sra Iraci Andrade que consegue arrecadações para auxílio de crianças e idosos carentes a partir da venda de sabão caseiro, onde a mesma consegue material para a confecção (óleo velho, soda, entre outros) com a população do bairro.As crianças e adolescentes em idade escolar são amparados pelos estabelecimentos: Escola Municipal Ignês Corso Andreade - pré escolar até quinto ano e Escola Municipal Elvío Esteves. Colégio Lúcia Barros Lisboa – ensino médio. CEI - Centro de Educação Infantil: Silvana Lopes e CEI - Antonieta Trindade. Além de pré-escolas menores de administração privada da região. A região não tem CRAS no bairro, sendo assistida pelo CRAS – norte B (Chefe Newton).

Igrejas católicas: São Vicente Paloti e São Judas Tadeu. Igrejas evangélicas: Brasil para Cristo, Assembléia de Deus, Adventista do Sétimo dia. Os espaços de lazer públicos disponíveis para a região: quadra de esporte do bairro, academia ao ar livre.Regiões com risco ambiental: são as áreas onde há coleta de lixo reciclado situados nos seguintes logradouros: Rua Jobert de Carvalho, Rua José Ruzzon e Rua Daniel Estevão Vieira. Por sorte não há nenhuma área de lixões abertos. As áreas de vulnerabilidade são onde se localizam os assentamentos: Shekinah, Marieta, Vivi e Jardim Paris, que são regiões conhecidas por serem pontos de tráfico de drogas.Áreas de risco de acidente de trânsito: Avenida das Torres (que é a união das Avenidas Alexandre Santoro e Otávio Clivati), Avenida Mário José Romagnole e Avenida Saul Elkind, que são áreas de alto fluxo de trânsito na região.

Quanto ao perfil social: 350 famílias recebem subsídios de Bolsa Família. Quanto ao grau de escolaridade: nas áreas mais carentes 40% da população (5.000 habitantes) tem Ensino fundamental. Em bairros com melhor perfil sócio econômico: aproximadamente 10.000 Ensino fundamental e superior: Bairros Alto da Boa Vista, Viena, parte do Vivi Xavier. Os 7.000 habitantes restantes tem ensino médio. Vale lembrar que entre a popula-

ção citada há crianças em idade pré - escolar que não foram subdivididas e contabilizadas. Quanto ao saneamento básico: Assentamentos: coleta de lixo 90%, água tratada e esgoto 90%. Bairros: Viena, Portal do Sol e Cancún: sem esgoto. Os bairros Green Ville, Assentamento Shekinah e Marieta sem água luz e esgoto, porém a maioria dos moradores contam com o serviço de “gato” (instalações clandestinas). Demais bairros contam com saneamento básico completo.

As três equipes de saúde da família da UBS Vivi Xavier abrangem uma população de 18.051 (dados oficiais site SIAB 2013). Infelizmente não temos quantificados o número de pacientes por sexo. Quanto à faixa etária atendida, segundo dados do SIAB 2013: 1.145 habitantes são compostos pela faixa etária menor que 5 anos de idade; 13.424 habitantes na faixa etária de 18 a 39 anos; 6.865 habitantes na faixa etária de 40 a 59 anos e 2.297 na faixa etária acima de 60 anos.

Quanto à prevalência de doenças crônicas. A população portadora de hipertensão arterial crônica compõe um total de 3621 pacientes (20,06% de prevalência), nos quais 2.215 são referidos e 1406 auto referidos. Em relação à diabetes mellitus a população portadora da enfermidade corresponde a um total de 1016 pacientes (5,63% de prevalência), nos quais 566 referidos e 450 auto-referidos. Ambos os dados correspondem a fonte do site do SIAB no ano de 2013. Dentre as doenças que necessitam de cuidados contínuos: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase. As equipes de ESF da UBS Vivi Xavier acompanham somente os portadores de hipertensão e diabetes, já que os portadores de tuberculose e hanseníase são acompanhados pelo C.I.D (CENTRO INTEGRADO DE DOENÇAS INFECCIOSAS).

Quanto a saúde bucal, a Unidade Básica de Saúde do Vivi Xavier abrange somente pacientes de 5 a 21 anos de idade, e gestantes de qualquer faixa etária. O índice de dentes perdidos, obturados ou cariados (CPOD) no mês de maio de 2015 dentre os 1197 procedimentos, 90 corresponderam aos CPOD: 19 exodontias de dentes decíduos, 29 restaurações de dentes decíduos, 2 restaurações de dentes permanentes anteriores, 40 restaurações de dentes permanentes posteriores. Apresentando 7,5% de índice.

Em relação à procura pelo serviço de saúde, baseados nos atendimentos, que foram de aproximadamente de 4000 pessoas que buscaram atendimento com auxiliar de enfermagem, enfermeiros e médicos no mês de abril de 2015, as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a Unidade de Saúde Vivi Xavier: acompanhamento de hipertensão arterial (HAS), dores articulares (lombalgia, fibromialgia, tendinites, dores relacionadas a artropatias), acompanhamento de diabetes mellitus (DM), renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo e pedidos de “check up- pacientes sem queixa aparente que desejam coletar exames laboratoriais de “screening”. Onde 1900 (47,5%) pacientes acompanham HAS, 670 (16,75%) queixavam-se de dores articulares, 650 (16,25%) DM, 430 (10,75%) desejavam renovar receitas de medicamentos de uso contínuo e 350 (8,75%) desejavam realizar “check up”.

Nossa equipe não programa os atendimentos de acordo com a demanda esperada identificada pelos dados de atendimentos, pois não temos as quatro equipes de ESF completas como deveria ser para atender toda a população de maneira satisfatória e completa. Os atendimentos são realizados muitas vezes conforme a gravidade das queixas, alterações de exames laboratoriais entre outros. Com relação à saúde materno infantil nossa unidade tem um bom acompanhamento de puericultura, que é realizado pelas enfermeiras residentes de pediatria da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E felizmente no ano de 2013 tivemos apenas 01 único óbito em menores de 01 ano (dos nascidos vivos em nossa região) - dados do SIAB. Infelizmente no site do SIAB não temos disponível a causa desta morte em 2013 e também não temos em mãos o registro desta causa. A Proporção de crianças com até 01 ano de vida com esquema vacinal em dia no mês de maio 2015 foi de 36 crianças.

Em relação a proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o período de pré-natal nos meses de julho de 2014 a fevereiro 2015: foram atendidas 234 gestantes, onde 93 faltaram a alguma consulta ou evoluíram para aborto. O que corresponde 60,25% de gestantes que tiveram ao menos 07 consultas de pré-natal no período relacionado. A equipe de ACS e estudantes de enfermagem realizam o acompanhamento da evolução da saúde materno infantil na área da UBS do Vivi Xavier. Em relação às principais causas de morbidade hospitalar e morbidade na região de abrangência da UBS Vivi Xavier. As cinco principais causas de mortes dos residentes no bairro são em ordem decrescente: complicações da HAS, DM e DPOC, IAM (infarto agudo do miocárdio) e câncer. As principais causas de internações são relacionadas às cinco principais causas de morte. Além das doenças e agravos descritos outro agravo que se destaca do ponto de vista epidemiológico em minha comunidade é a selinidade.

Foram detectados vários problemas na área de abrangência estudada. Entre eles foi elencado o de maior governabilidade: a baixa adesão ao tratamento do diabetes mellitus no que se refere á dieta. Isto decorre principalmente da dificuldade financeira em aquisição de alimentos para a dieta e da baixa priorização de importância no tratamento da própria doença por acreditar na baixa gravidade da doença. Resultando no difícil controle da doença, lesão de órgãos alvo, com conseqüente diminuição na qualidade de vida do paciente. Uma vez que o motivo principal pelo o não seguimento de uma dieta adequada é a dificuldade financeira na aquisição de verduras, legumes e frutas, o que poderia diminuir o consumo de alimentos industrializados e carboidratos – macarrão, arroz branco e fari-náceos em geral, todos alimentos de alto índice glicêmico. O projeto de intervenção para estes pacientes seria montar uma horta comunitária, cuidada e cultivada pelos próprios pacientes e funcionários da UBS.

A abordagem na correção da dieta no tratamento do diabetes mellitus é de fundamental importância ao doente. Já que é um dos fatores que promove controle da doença e melhoria na qualidade de vida e aumento na sobrevida. O médico responsável pelo pa-

ciente por sua vez sente-se realizado ao ver que sua intervenção promoveu melhoras na saúde de seu paciente. A montagem da horta comunitária é passível de ser realizada, já que a prefeitura pode doar um terreno onde possa haver o cultivo das hortaliças, o custo para implementação é baixo e por ser de interesse de todos os pacientes, todos serão responsáveis no cultivo e cuidado da horta. O projeto é oportuno para o momento, já que o quanto antes for implementado o projeto tão logo os pacientes serão beneficiados, além de estar de acordo com os interesses da comunidade e da UBS. Já que toda a população pode ser beneficiada e não só os pacientes. Em um primeiro momento a prioridade para o consumo das hortaliças seria para os pacientes, e assim que a produção tenha excedentes o restante da comunidade poderá consumir as hortaliças.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover auto-cuidado aos paciente com diabetes melitus da área de abrangência da UBS Vivi Xavier.

2.2 Objetivos Específicos

Montar uma horta comunitária para população.

Auxiliar nas informações para dieta adequada aos portadores de diabetes mellitus.

Acompanhar e controlar os níveis glicêmicos de pacientes portadores de diabetes melitus.

3 Revisão da Literatura

Conforme OLIVEIRA e VENCIO (2015) O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo apenas quando se associa a outras condições, como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado.

Conforme (VALENTIM, 2010), vivenciar uma patologia crônica e tão limitante como o DM tipo 2, traz ao seu portador sentimentos e emoções por vezes negativas que lhes travam o próprio caminhar e o sentido de viver e ser feliz. O adoecer traz diversas limitações, para o portador do DM tipo 2 e é no ato de comer que muitas vezes encontra prazer. A proibição perante os alimentos que se lhes apresentam perigosos, traz ao seu modo de compreender a própria existência a perda daquilo que lhe é tão particular, o domínio ante o que se busca para alimento é a perda do poder e do prazer, logo é o distanciar-se da felicidade.

Segundo (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009), o DM atualmente representa uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo indivíduos em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Distinguindo-se por ser uma das principais causas clínicas de hospitalização no Brasil. Suas manifestações crônicas são causas freqüentes de invalidez em pessoas em período produtivo.

As complicações crônicas do DM decorrem de alterações micro e macro vasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos, tais como: manifestações de disfunção do sistema nervoso autônomo, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, a nefropatia, com elevada taxa de evolução para insuficiência renal, a retinopatia, principal causa de cegueira adquirida, a neuropatia, principal causa não traumática de amputação de membros inferiores e pé diabético, e disfunção sexual, conclui (BOULTON et al., 2005).

Conforme (M.GRUNDY et al., 2004) as alterações crônicas com múltiplas disfunções incorrem em elevado custo econômico e social, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos diabéticos. Reforçando o mapeamento das perdas, o DM associado às doenças cardiovasculares, englobando isquemia miocárdica, obstrução arterial periférica e doença vascular cerebral, projeta um aumento de duas a quatro vezes mais o risco de doença cardiovascular, sendo essa a principal causa de mortalidade em diabéticos. (BRASIL; SAÚDE; BÁSICA, 2006) relata as consequências da DM:

As conseqüências humanas, sociais e econômicas para as pessoas com DM são vastas, pois 4 milhões de mortes anuais estão relacionadas a essa doença e suas complicações com muitas ocorrências prematuras, representam 9% da mortalidade mundial. O impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como o tratamento prolongado da doença cardiovascular, a diálise para o portador de insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Segundo (OLIVEIRA; VENCIO, 2015), muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. Entretanto, em algumas situações nas quais se tem feito essa estimativa, tais custos representam uma importante parcela do total dos custos. Por exemplo, em 2012, as estimativas para os Estados Unidos dos custos diretos para o tratamento de DM foram de 176 bilhões de dólares em comparação com 69 bilhões de dólares para os custos decorrentes da perda de produtividade.

Na atenção básica, o cuidado integral ao usuário, pode ser efetuado por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária), conforme (BRASIL; SAÚDE; BÁSICA, 2006).

Para (MACHADO et al., 2007) a atenção ao usuário portador de diabetes é uma prioridade, por se tratar de uma doença metabólica de caráter crônico. A complexidade da doença somada aos constantes avanços tecnológicos e terapêuticos torna essencial um atendimento multidisciplinar e/ou interdisciplinar. Para enfrentar as adversidades da doença o diabético necessita ser assistido por uma equipe estruturada e bem preparada tecnicamente de modo que possa atender o usuário de maneira integral, mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação.

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com diabetes e sua família, centradas na disponibilização do conhecimento e no fortalecimento de atitude ativa frente à doença, está relacionada à prevenção de complicações por meio do automanejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com a sua condição, segundo (SAUDE, 2002).

Para (RODRIGUES et al., 2009) a educação para o autocuidado é aspecto fundamental no tratamento do portador de diabetes mellitus e sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais.

A melhoria na qualidade de vida, que depende da educação para a saúde, está interligada ao metabolismo da glicose, um estudo mostrou que qualidade de vida pobre pode aumentar a glicose no sangue com a probabilidade de desenvolver o DM2, o que pode estar associada às opções de estilo de vida menos saudáveis, conforme (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

(OLIVEIRA; VENCIO, 2015) confirma uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam.

(FREITAS et al., 2015) constata que dados do Ministério da Saúde, em seu estudo VIGITEL (BRASIL, 2013), que considera o autorrelato de DM, apontam que a prevalência de DM nas capitais brasileiras variou entre 4,3% (Palmas/TO) e 9,3% (São Paulo/SP) no ano de 2012. Especificamente em Belo Horizonte/MG, a prevalência dessa doença foi de 6,6%, segundo estudo. Para (MORESCHI et al., 2015) o Brasil ocupa a quarta posição no ranking dos países com maior número de pessoas com diabetes entre 20 e 79 anos, tendo 11,9 milhões de pessoas com a doença. Essa doença acomete 5,6% da população adulta brasileira, e, em grande parte dessa população, não é diagnosticada antes das suas manifestações crônicas terem-se estabelecido, representando, em razão disso, um importante problema de saúde pública para o país. (OLIVEIRA; VENCIO, 2015) conclui que na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM, entre as principais, figura entre a quarta e a oitava posição. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando se menciona DM na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes.

Ainda para (OLIVEIRA; VENCIO, 2015) o alerta mundial para a prevenção do diabetes tipo 2 e reforçado pelo substancial aumento na prevalência dessa doença nas últimas décadas. Apesar de a suscetibilidade genética parecer desempenhar um papel importante na ocorrência do diabetes tipo 2, a atual epidemia provavelmente reflete mudanças no estilo de vida, caracterizadas pelo aumento da ingestão energética e redução da atividade física que juntamente com sobrepeso e obesidade parecem exercer papel preponderante no aparecimento do diabetes. (PONTIERI; BACHION, 2010) afirma:

A proposta geral para a alimentação do diabético não deve ser proibitiva, e sim formada por um cardápio variado, balanceado, dentro de um limite preestabelecido.

A dieta indicada para pacientes diabéticos deve conter alto teor de fibra alimentar, já que esta reduz a velocidade de absorção da glicose em nível intestinal, contribuindo para o controle glicêmico e melhoria do perfil lipídico, confirma (COSTA et al., 2010).

Segundo (OLIVEIRA; VENCIO, 2015) as fibras são encontradas nos vegetais, principalmente em folhas, raízes, talos, sementes e bagaços. As principais fontes alimentares são frutas, verduras, legumes, farelo de aveia e de cevada, semente de linhaça, além de leguminosas. De maneira simplista, as fibras podem ser divididas em solúveis e insolúveis e apresentam propriedades distintas e benefícios diversos. As fibras solúveis possuem efeitos benéficos na glicemia e no metabolismo dos lipídios, enquanto as insolúveis agem contribuindo para a saciedade e o controle de peso, além da preservação da saúde intestinal.

Para (PONTIERI; BACHION, 2010) alguns pacientes estudados citam como uma dificuldade de adesão à dieta sua restrição financeira para adquirir os alimentos prescritos, queixam-se do custo das frutas. Muitas vezes, ao receber as primeiras orientações sobre a alimentação adequada, o diabético depara com sua condição financeira como uma barreira intransponível. Cabe ao profissional que o acompanha estar habilitado a propor aquisições acessíveis de acordo com as condições financeiras do paciente e discutir as possibilidades de substituições.

Tanto na zona rural como urbana, a maioria das famílias não possui uma horta no pátio de suas casas e não tem o hábito de comer frutas e verduras ou não sabe como aproveitar às mesmas, o que melhoraria a qualidade da alimentação, a economia nos gastos com alimentos e preveniria doenças na família, afirma (ABELLA; FILHO, 2004).

(VÉGAS, 2013) constatou que os altos preços dos alimentos especiais dificultam a vida de pessoas que sofrem de diabetes. Nos supermercados, os produtos diet (sem açúcar) costumam ser, em média, entre 30% e 40% mais caros que os produtos comuns. Porém, algumas coisas chegam a custar muito mais que o dobro.

Os diabéticos de baixa renda são os que mais sofrem em função dos altos preços dos alimentos especiais. Muitos, por não poderem pagar, acabam se privando de uma série de coisas ou mesmo deixando de se alimentar de maneira adequada, o que é bastante prejudicial à saúde. Os alimentos diet são mais caros porque têm custo de produção mais elevado, tendo em suas composições aspartame, sacarina e muito pouco carboidrato, conclui (VÉGAS, 2013)

Pelos motivos acima a montagem de hortas comunitárias em bairros de população carente causam grande impacto no segmento da dieta e conseqüentemente no tratamento da doença DM.

No município de Embu das Artes/SP, houve sucesso da implementação de horta comunitária em uma UBS. Na percepção dos profissionais de saúde o fato de estar cuidando da horta desencadeia a realização de atividades físicas de baixa intensidade, promove um bem estar mental pelo envolvimento no cuidado com as plantas. Além de contribuir na produção de alimentos saudáveis sem agrotóxicos. Há ainda o processo da desmedicalização, já que incentiva o uso de ervas medicinais. Constituindo-se assim em um projeto estratégico de auto-cuidado. Já na percepção de um usuário da mesma UBS o projeto da horta comunitária possibilitou que houvesse melhora em sua saúde mental, sendo uma

forma de lazer e descontração onde encontra as amigas e conclui que nestes dias onde vai ao projeto da horta tem uma sensação de bem estar intensa e diz que chega a deixar de usar seus medicamentos nestes dias, segundo estudo de (COSTA et al., 2010).

Outra comunidade que apresentou resultados positivos em uma UBS de Campo Grande/MS. Nesta comunidade houve participação ativa da população, prestando informações sobre técnicas de plantio e uso de ervas medicinais, uso consciente de hortaliças e produção independente de novas plantas. Além de estimular o aumento da procura da população à UBS em busca de novos projetos e tratamentos. Concluíram que as ações multidisciplinares contribuem para a melhoria da relação do paciente com a equipe de saúde, adesão às propostas de tratamento e serviços oferecidos, constata o estudo de (CHAVES et al., 2014).

4 Metodologia

A horta comunitária a principio seria montada em algum terreno ocioso da prefeitura, e cedido através de pedido pelo presidente da associação do bairro. Por meio de reuniões o presidente da associação de bairro, ACS e técnicos de enfermagem irão explicar a importância da implementação da horta no bairro, já que irá promover melhoria na qualidade de vida e dos alimentos ingeridos pela população. A partir desta explanação a medida que surgirem interessados serão distribuídas as funções entre os interessados tais como plantio, manejo e cultivo das hortaliças e verduras. As sementes, baldes, enxadas e demais ferramentas seriam solicitadas á prefeitura e caso haja negativa da sessão seria arrecadado fundos através de promoções tais como festas ou ações entre amigos em igrejas.

Já no que tange as informações para realização da dieta adequada aos portadores de diabetes mellitus seriam confeccionados materiais impressos e realizadas reuniões do hiperdia, na busca da conscientização dos pacientes para que adotem hábitos saudáveis e melhoria na qualidade dos alimentos ingeridos. As reuniões seriam quinzenais e os temas seriam escolhidos pelos participantes. É muito importante que todas as equipes de ESF da UBS participem, uma vez que é grande o número de portadores de diabetes em todo o bairro.

Há a intenção de montar grupos em educação em saúde compostos por ACS, técnicos de enfermagem e o médico clínico geral. Estes grupos teriam como finalidade informar a população sobre os riscos que o diabetes mal controlado podem causar a longo prazo. As lesões de órgãos alvo (retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética e pé diabético), reforçar a importância na adoção de uma dieta saudável, realização de atividades físicas, auto-cuidados com os pés como o corte de unhas, uso de calçado adequado entre outros.

O acompanhamento e controle dos níveis glicêmicos do pacientes portadores de diabetes mellitus seria da seguinte forma: trimestralmente aferição de glicemia venosa e hemoglobina glicada. Estes exames serão colhidos na própria UBS e enviado ao laboratório de análises clínicas do município. E no mínimo durante 10 dias de cada mês os pacientes realizarão o teste de glicemia capilar (hemoglicoteste – HGT) de jejum e pós prandial. O ideal seria realizar diariamente até o controle da glicemia, porém devido ao fator custo - o uso das fitas do aparelho tem número limitado pela nossa secretaria de saúde e nem todos os pacientes tem condições de arcar com a compra do aparelho e fitas. Ficará limitado ao período de no mínimo 10 dias.

5 Resultados Esperados

Por tratar-se de uma doença crônica e incapacitante o diabetes mellitus exige do doente se auto cuidar para viver bem. É importante informar o paciente sobre suas complicações para que tenha ciência de suas possíveis limitações e complicações que podem causar hospitalizações futuras. O diabético precisa realizar uma dieta adequada e praticar atividade física regularmente. Para que os diabéticos da área de abrangência da UBS Vivi Xavier tenham esta consciência, um acompanhamento quinzenal no hiperdia seria imprescindível, por meio de reuniões e atividades para promoção do auto-cuidado.

Através da montagem da horta comunitária é esperado que os pacientes diabéticos consigam realizar uma dieta adequada, com alto consumo de fibras e leguminosas. A dieta resulta na obtenção do equilíbrio energético e a manutenção do peso corporal adequado, mantidos por meio do consumo de uma dieta balanceada e da prática regular de atividade física.

Por meio do material impresso e das reuniões do hiperdia os pacientes poderão receber informações relativas a dieta adequada, resultando em um melhor controle glicêmico, manter o peso corporal adequado ou na redução do peso em obesos pode produzir melhora significativa na glicemia. Já o controle glicêmico resulta na prevenção ou retardo das complicações da doença, como neuropatia diabética, retinopatia diabética, nefropatia diabética.

Referências

- ABELLA, E. C.; FILHO, R. C. C. Aproveitamento integral de frutas e hortaliças no município de quaraí : sede e zona rural. *BIBLIOTECA EMATER/RS - CATÁLOGO ONLINE*, p. 1–12, 2004. Citado na página 18.
- BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. do C. L.; KARINO, M. E. *Pé diabético, uma avaliação sistematizada*. Umuarama: Unipar, 2009. Citado na página 15.
- BOULTON, A. et al. The global burden of diabetic foot disease. *The Lancet*, p. 1719–1724, 2005. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do; SAÚDE, S. D. A. .; BÁSICA, D. D. A. *DIABETES MELLITUS: Cadernos de atenção básica - normas e manuais técnicos*. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- CHAVES, A. A. et al. *Pequena horta: medidas preventivas a partir de mudanças de hábitos alimentares*. 2014. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1844>>. Acesso em: 10 Jan. 2016. Citado na página 19.
- COSTA, J. de A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Revista Ciência Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, n. 16, p. 2001–2009, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- FREITAS, E. F. de et al. Prevalência de diabetes mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuram atendimento na estratégia saúde da família de viçosa/mg. *Revista de educação física UEM*, p. 549–556, 2015. Citado na página 17.
- MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus: Uma revisão conceitual. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 335–342, 2007. Citado na página 16.
- M.GRUNDY, S. et al. Definition of the metabolic syndrome. report of the national heart, lung and blood institute/american heart association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, p. 433–438, 2004. Citado na página 15.
- MORESCHI, C. et al. Prevalência e perfil das pessoas com diabetes cadastradas no sistema de informação da atenção básica (siab). *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, p. 184–190, 2015. Citado na página 17.
- OLIVEIRA, J. E. P. D.; VENCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes*. SÃO PAULO: AC FARMACEUTICA, 2015. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Revista Ciência Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, n. 15, p. 151–160, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

QUEIROZ, F. A. de; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. dos. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes- 39 (d- 39): Versão parágrafo brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase 1. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, p. 1–9, 2009. Citado na página 16.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Conhecimento e atitudes: Componentes para a educação em diabetes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, p. 468–473, 2009. Citado na página 16.

SAUDE, O. P. D. *Atlas de Educación em Diabetes en América Latina y el Caribe: Inventario de programas para personas con diabetes tipo 2*. Washington: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE, 2002. Citado na página 16.

VALENTIM, S. A. Convivendo com o diabetes mellitus em um distrito rural de londrina-pr. LONDRINA, n. 125, 2010. Curso de Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Citado na página 15.

VÉGAS, C. *Alimentos especiais custam muito caro*. 2013. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/editoria/economia/news/383565/>>. Acesso em: 10 Jan. 2016. Citado na página 18.