



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Nelbis Reyes Rodriguez

Projeto de Intervenção: ampliação do conhecimento
sobre Diabetes Mellitus na UBS Vereador Renato
Antônio Coltro, Balsa Nova, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Nelbis Reyes Rodriguez

Projeto de Intervenção: ampliação do conhecimento sobre Diabetes Mellitus na UBS Vereador Renato Antônio Coltro, Balsa Nova, Paraná

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: Fabíola Polo de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Nelbis Reyes Rodriguez

Projeto de Intervenção: ampliação do conhecimento sobre Diabetes Mellitus na UBS Vereador Renato Antônio Coltro, Balsa Nova, Paraná

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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Fabíola Polo de Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: a Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma epidemia mundial. No Brasil, atualmente, segundo a sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia, a população adulta, entre 20 e 79 anos é de 133,8 milhões, sendo que destes 11,6 milhões estão diagnosticados com DM, mas temos mais 3,6 milhões de casos não diagnosticados. Desta população adulta 116.383 mortes são em decorrência da diabetes. A UBS Vereador Renato Antônio Coltro possui 407 pessoas pacientes cadastrados no programa de Diabetes Mellitus, que representa 6,63% da população total, baseada nos registros da equipe e sistema de informação básica. A realização desse projeto foi motivada pela carência de conhecimento dos pacientes sobre DM e a possibilidade de realizar uma abordagem enfatizando a importância de tratamento, fatores de risco e complicações da doença. **Objetivo:** o objetivo do projeto é melhorar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus em pacientes portadores da doença após uma intervenção educativa. **Metodologia:** é uma proposta de intervenção educativa de tipo descritivo transversal para elevar o nível de conhecimento de pacientes diabéticos em relação com sua doença na Unidade de Saúde Vereador Renato Antônio Coltro, localizada no município de Balsa Nova, bairro São Caetano. O projeto será dividido em três etapas: diagnóstico, intervenção, avaliação e monitoramento. **Resultados esperados:** almejamos aumentar o conhecimento da população acerca da Diabetes Mellitus e suas consequências para a saúde individual e coletiva. Desejamos conscientizar a população na importância de hábitos de vida saudáveis e supomos que acrescentando ações e estratégias que ajudem a melhorar a qualidade de vida dos moradores da comunidade e a participação e conscientização dos usuários nas estratégias educativas, de promoção e controle da Diabetes Mellitus ocorra a diminuição da prevalência e incidência da Diabetes Mellitus em idosos, no futuro imediato e tardio.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A cidade de Balsa Nova está localizada a 60 km de Curitiba, capital do Estado de Paraná, cidade polo e referência regional, onde está a Segunda Regional de Saúde (GRS), responsável pelo município. Possui uma população estimada de 12.471 habitantes, e com maior parte localizada na região urbana (IBGE, 2017a).

O nome da cidade origina-se da construção de uma balsa feita por Galdino Chaves em 1891, cujo objetivo era cruzar o rio Iguaçu. Por haver sobrepujado, em qualidade, as balsas anteriormente construídas, ganhou fama e se constituiu em referência obrigatória à localidade, que passou a ser chamada de Balsa Nova. A lei estadual 4.338 de 25 de janeiro de 1961, sancionada pelo governador Moises Lupion, criou o município de Balsa Nova, como território desmembrado do município de Campo Largo (IBGE, 2017b).

Como principais atividades econômicas estão à agropecuária e indústria. Outros dados de interesse são: taxas de crescimento anual de 0,32%; taxa de escolarização de 9.907 habitantes alfabetizados, sendo um total de 79,4 % da população total do município. O município ocupa a 389ª posição no IDE da educação no país (IBGE, 2017c). A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 29,9% e o percentual de usuários dependentes da assistência pelo SUS de 96% (IBGE, 2017b). Para apoiar nossa equipe de saúde, contamos com as associações de bairro. Temos na comunidade o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Alguns vereadores do município moram na comunidade, o que facilita o acesso ao poder público. Além dos trabalhos sociais desenvolvidos pelas diversas igrejas e religiões.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município a partir do ano de 1994, com a criação de 7 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e, atualmente, conta com 6 unidades, que cobrem um total de 79% da população total da cidade. Temos o programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que trabalha conjuntamente. Contamos com um centro de urgência no município que avalia os pacientes e encaminha para os centros de referência hospitalar em Campo Largo e Curitiba.

O sistema de referência e contra referência funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município como: dermatologista, cardiologia, e em casos mais complexos esse atendimento especializado é feito em Curitiba, cidade referência regional. No município o sistema de referência e contra referência é deficiente, pois não existe o retorno em tempo adequado para as necessidades da equipe e do paciente.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Vereador Renato Antônio Coultro, foi criada em setembro de 2009, com horário de funcionamento das 8h às 17h. Está situada na rua São Caetano s/n, e possui uma população de 3.062 pessoas, com maioria mulheres e faixa etária de 20-59 anos, totalizando 607 famílias. Cerca de 50% das famílias são

beneficiadas por algum programa social: bolsa família, benefício da prestação continuada, cesta básica. Ressaltamos que, aproximadamente, 20% possui esse benefício como única fonte de renda. Em torno de 70% das famílias sobrevivem com menos de dois salários mínimos. No que diz respeito ao grau de instrução dos moradores da comunidade, temos analfabetos, principalmente entre a população idosa. Um número muito pequeno com curso superior completo, a maioria da população possui o ensino médio incompleto. A comunidade possui boa condição de saneamento básico, a maioria das casas recebe água tratada. A região conta com o recolhimento do lixo comum e com coleta de reciclável. Percebemos que a maioria das casas encontra-se em boas condições e poucas casas em condição péssimas, sem forro, sem ventilação (SIAB, 2016).

Na unidade de saúde trabalham um total de 10 pessoas: uma médica, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, duas agentes comunitários de saúde (ACS), uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, uma técnica de fisioterapia e uma recepcionista. A área física é composta por várias dependências: 1 sala de espera, 1 recepção, 1 sala consultório, 1 sala de triagem, 1 sala de vacinação, 1 sala de odontologia, 1 sala de fisioterapia, e áreas afins, como banheiros, almoxarifado, expurgo.

Os pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) têm acompanhamento frequente na UBS, através de consultas médicas e de enfermagem, além de acompanhamento em grupos de educação em saúde realizado por ESF. Na população atendida, há incidência de HAS de 10,25% pessoas em um mês no ano de 2017 e com DM a incidência foi de 6,63 % pessoas no mesmo período. No que se refere à prevalência, HAS apresenta 845 pessoas e DM, 407 pessoas (SIAB, 2016). As cinco queixas mais comuns que levam a população de nossa área buscar atendimento na UBS, durante um semestre no ano 2017, foram: HAS, DM, doenças osteomioarticulares, doenças do aparelho respiratório, episódios depressivos. Os atendimentos são programados de acordo com a demanda da população, atendidos 30 consultas por médico, por período. As visitas domiciliares são programadas conforme a demanda trazida pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

As causas mais comuns de óbito, durante um semestre no ano 2017, foram doenças cerebrovasculares relacionados a Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) de pessoas com doenças de base como hipertensão e diabetes, neoplasias, doenças respiratórias. As causas de internações em idosos são por doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias, neoplasias em estado terminal e causas externas.

Dentre as principais doenças, a maior parte apresenta HAS e DM, além de várias outras doenças cardiovasculares, dislipidemias, consumo de psicofármacos.

Os principais problemas identificados pela equipe de saúde da família (ESF) Vereador Renato Antônio Coultro foram:

- 1- Alto número de pacientes hipertensos, principalmente idosos.
- 2- Alto número de pacientes diabéticos.

- 3- Alto número de transtornos nutricionais: obesidade, dislipidemias.
- 4- Alto número de pacientes com uso de psicofármacos.
- 5- Alto consumo de álcool.
- 6- Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde.

Para elaborar a ordem dos problemas se utilizou como método a matriz de priorização, muito utilizada para fazer a análise da situação de saúde (ou diagnóstico da situação de saúde), alcançando consenso das prioridades dos problemas. Todos eles como passos prévios para alcançar o propósito fundamental de diagnóstico da situação de saúde, que é de permitir adotar um plano de intervenção que, perspectivamente como medidas específicas e a prazos determinados, permita melhorar o estado de saúde da comunidade em que se executa.

Após análise do diagnóstico situacional, percebeu-se que as principais causas de morbimortalidade da população da UBS estão relacionadas às doenças não transmissíveis e agravos, em especial hipertensão arterial e diabetes que são as principais causas de morbimortalidade do município.

As causas mais frequentes que incidem na descompensação da Diabetes Mellitus em nossa área são:

1. Informação insuficiente sobre a doença, seus sintomas e agravantes (Diabetes Mellitus).
2. Uso incorreto dos medicamentos.
3. Adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade.
4. Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.
5. Estrutura deficiente dos serviços de saúde.

Dessa forma, nossa equipe de saúde identificou um número elevado de pessoas diabéticas, mas com baixo acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em pouca possibilidade de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas.

Justificativa

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas. Nos Estados Unidos, o número de pessoas com diabetes dobrou, alcançou 23,6 milhões em 2007, 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões ou 23,1%, têm diabetes. Na América Latina e Caribe, essa enfermidade afeta quase 19 milhões de pessoas. O diabetes mellitus tipo 2 está entre essas doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular. O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com a dieta inadequada,

o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo (MENDES et al., 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) “o Diabetes Mellitus não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos” (GRILLO; GORINI, 2007). Ainda, segundo o Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus é grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo por se configurar como uma epidemia mundial. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo (FRANCIONI; SILVA, 2007).

A estimativa da OMS é de um grande aumento de portadores de diabetes, atualmente é consideravelmente grande o número de portadores existentes, porém percebe-se nas consultas que sua grande maioria desconhece a doença, seus sintomas e agravantes (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - BRASIL, 2006).

Devido as enormes complicações decorrentes do Diabetes, existe um grande aumento de custos para o sistema de saúde pública, além de causar ao paciente, sofrimento físico por causa das implicações associadas a doença. É necessário que os recursos públicos sejam devidamente alocados conforme as necessidades do paciente, tanto no que tange ao tratamento ambulatorial e hospitalar, quanto as ações de vigilância em saúde. Portanto, nós, profissionais da área, devemos repensar e readaptarmos ao modelo de tratamento existente junto as intervenções propostas. Que estas sejam eficazes e que traga melhor qualidade de vida aos que estão sob nossos cuidados.

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em função, tanto do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas tem acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas (MENDES et al., 2011).

A ideia de desenvolver esse trabalho surgiu, depois de vivenciar no cotidiano de minhas consultas, que existiam inúmeros pacientes portadores de diabetes com elevado nível de desconhecimento sobre sua doença, motivo pelo qual se torna evidente a necessidade de educar aos pacientes diabéticos assistidos dentro da rede de assistência básica de saúde, com o intuito de alcançar melhor qualidade de vida. (IBGE, 2017a)

2 Objetivos

2.1 **Objetivo Geral**

Melhorar o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus em pacientes portadores da doença após uma intervenção educativa.

2.2 **Objetivos Específicos**

Implementar um grupo educativo para pacientes diabéticos.

Identificar o conhecimento da amostra dos usuários sobre a Diabetes Mellitus antes e depois da intervenção educativa.

Comparar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus antes e depois da intervenção.

3 Revisão da Literatura

O Diabetes Mellitus (DM) já era conhecido antes da era cristã. Foi Areteu da Capadócia quem, no século II, deu a esta doença o nome de "diabetes". Em 1679, Thomas Willis realizou uma excelente descrição da diabetes para a época, ficando desde então reconhecida por sua sintomatologia como entidade clínica. Foi ele quem, referindo-se ao sabor doce da urina, lhe deu o nome de diabetes mellitus (sabor de mel), apesar de esse fato já ter sido registrado cerca de mil anos antes na Índia, por volta do ano 500. Em 1775, Dopson identificou a presença de glicose na urina. Frank, por essa altura também classificou a diabetes em duas formas: diabetes mellitus (ou vera), e insípida, esta sem apresentar urina doce. A primeira observação feita através de uma necropsia em um diabético foi realizada por Cawley e publicada no London Medical Journal em 1788. Quase na mesma época o inglês John Rollo, atribuindo à doença uma causa gástrica, conseguiu melhorias notáveis com um regime rico em proteínas e gorduras e limitado em hidratos de carbono (BRASIL, 2017).

Os primeiros trabalhos experimentais relacionados com o metabolismo dos glicídios foram realizados por Claude Bernard, o qual descobriu, em 1848, o glicogênio hepático e provocou a aparição de glicose na urina excitando os centros bulbares. Ainda na metade do século XIX, o grande clínico francês Bouchardat assinalou a importância da obesidade e da vida sedentária na origem da diabetes e traçou as normas para o tratamento dietético, baseando-a na restrição dos glicídios e no baixo valor calórico da dieta. Os trabalhos clínicos e anatômico-patológicos adquiriram grande importância em fins do século XIX, nas mãos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux etc., tendo culminado em experiências de pancreatectomia em cães, realizadas por Mering y Mikowski em 1889. A busca do suposto hormônio produzido pelas ilhotas de Langerhans, células do pâncreas descritas em 1869 por Paul Langerhans, iniciou-se de imediato. Hedon, Gley, Laguessee Sabolev estiveram muito próximos do almejado triunfo, o qual foi conseguido pelos jovens canadenses Banting e Charles Best, que conseguiram, em 1921, isolar a insulina e demonstrar seu efeito hipoglicêmico. Esta descoberta significou uma das maiores conquistas médicas do século XX, porque transformou as expectativas e a vida dos diabéticos e ampliou horizontes no campo experimental e biológico para o estudo da diabetes e do metabolismo dos glicídios. Posteriormente, o transplante de pâncreas passou a ser considerado uma alternativa viável à insulina para o tratamento da diabetes mellitus do tipo 1. O primeiro transplante de pâncreas com essa finalidade foi realizado em 1966, na universidade de Manitoba. Uma linha mais recente de pesquisa na Medicina tem buscado fazer o transplante apenas das ilhotas de Langerhans. O procedimento é simples, tem poucas complicações e exige uma hospitalização de curta duração. O grande problema é a obtenção das células, que são originárias de cadáveres. São necessários em média três doadores para se conseguir um

número razoável de células (BRASIL, 2017).

Epidemiologia do Diabetes Mellitus no Brasil

O DM é considerada uma epidemia mundial. No Brasil, atualmente, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, a população adulta entre 20 e 79 anos é de 133,8 milhões, sendo que destes, 11,9 milhões estão diagnosticados com DM, mas temos mais 3,6 milhões de casos não diagnosticados. Desta população adulta, 116.383 mortes são em decorrência da diabetes (MELLITUS, 2016). Considerando todas estas informações, ressaltamos que a epidemiologia do DM é um fator de extrema importância para a tomada de decisões, pois para chegarmos a concretizar modificações, é preciso questionar sobre essas questões e o DM em termos epidêmicos. É evidente a necessidade de intervenções imediatas na saúde pública.

O DM é uma doença do metabolismo intermediário caracterizada por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2013).

O DM tipo 1 (DM1) ocorre principalmente na infância e adolescência, é em geral abrupta. Na maior parte dos casos, a hiperglicemia é acentuada, com evolução rápida para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta em geral é causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser identificado por auto anticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B) (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 (DM2) costuma ter início insidioso e com sintomas mais brandos. Surge, normalmente, em adultos com excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. Porém, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, existe uma resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle da hiperglicemia. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando aparece, geralmente é causada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (BRASIL, 2013).

O Diabetes gestacional é detectado na gravidez,, sendo uma situação de hiperglicemia,

mais amena que o diabetes tipo 1 e 2, identificado pela primeira vez na gravidez. Em geral se soluciona após o parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemia identificada durante a gestação que atinjam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto (BRASIL, 2013).

.Segundo publicação do Ministério da Saúde, Cardenos de Atenção Básica n 36, sobre Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013), tem-se:

Fatores de Risco para DM

- Sobrepeso e obesidade;
- Idade superior a 45 anos;
- História familiar;
- Sedentarismo;
- Pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg ou ter sido tratado para hipertensão;
- Glicemia de jejum ou de tolerância de glicose alterados;
- Histórico de doença cardiovascular.

Tratamento da DM na Atenção Básica

- Controle glicêmico: através da monitorização da glicemia;
- Tratamento medicamentoso: com hipoglicemiantes orais e ou insulinas (NPH, regular ou mistas);
- Tratamento não medicamentoso: alteração do estilo de vida.

Complicações da DM

- Descompensação hiperglicêmica aguda;
- Hipoglicemia;
- Doença macrovascular;
- Doença microvascular e neuropática;
- Depressão.

Políticas Públicas e DM

Percebendo a complexidade do DM e do seu tratamento e de acordo com o observado na prática clínica, o DM é considerado um problema crescente em saúde pública. Influencia a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas e também envolve elevados custos para manutenção do tratamento e prevenção além do tratamento das consequentes complicações crônicas e agudas. Existe a necessidade do empenho de lideranças do governo e gestores de saúde na criação de mecanismos que reduzam o surgimento e também o agravamento do diabetes. Em 2002 surgiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, criado pelas sociedades científicas. O objetivo do plano era diminuir o número de internações, a procura pelo pronto atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, os gastos com tratamento

de complicações crônicas, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, de modo a promover melhoria da qualidade de vida da população (SANTOS et al., 2011).

Com base nos direitos advindos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, sobretudo o direito ao tratamento adequado e efetivo para o seu problema, e dos acordos entre as três esferas nacionais, em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº11.347/06. Ela dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, materiais para aplicação de insulina e monitorização da glicemia capilar. Tal distribuição está condicionada ao cadastramento dos usuários nas unidades de saúde de sua área de abrangência e nos programas de educação em DM (BRASIL, 2006).

Os gestores públicos esbarram em uma série de obstáculos e deficiências no que se refere à atenção ao usuário com diabetes mellitus na rede pública de saúde no Brasil. Somente a promulgação da lei de proteção e amparo ao usuário com DM não garante a regulamentação e disponibilização dos recursos necessários para o tratamento da doença, tais como instrumentos e materiais para verificação da glicemia capilar no domicílio, medicamentos e insumos, de forma regular e equitativa para todos, bem como não assegura também a capacitação da equipe multiprofissional de saúde para o atendimento. Para ter sentido transformador, as ações de saúde precisam respaldar-se em dois pilares: o primeiro é a garantia de acesso às informações sobre os direitos legais como cidadãos, que deverão ser fornecidas por equipe multiprofissional de saúde capacitada. O segundo, e não menos importante pilar, diz respeito à provisão de recursos, bem como a sua adequada alocação e otimização, para que o acesso seja alcançado de forma justa e equitativa (SANTOS et al., 2011).

Diante desses dados e da realidade observada pela equipe de saúde da família (ESF) Vereador Renato Antônio Coultro, tem-se a necessidade de aprimorar o nível de conhecimento sobre pacientes com DM após uma intervenção educativa.

4 Metodologia

Cenário da intervenção

Será realizado um estudo de intervenção educativa de tipo descritivo para elevar o nível de conhecimento de pacientes diabéticos em relação com sua doença na Unidade Básica de Saúde Vereador Renato Antônio Coltro, localizada no município de Balsa Nova, bairro São Caetano.

Sujeitos da intervenção

O grupo de sujeitos envolvidos na intervenção será constituído com os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- Desejo do paciente de participar da intervenção.
- Residir na área da saúde.
- Estar apto física e mentalmente.
- Ser diabético.

Critérios de exclusão:

- Os pacientes que não residem permanentemente na área.
- Os pacientes com deficiência mental ou outras doenças que são incapacitados para responder nossa pesquisa.
- O não cumprimento dos critérios de inclusão

Este estudo irá respeitar a saúde, privacidade e dignidade do paciente como um ser humano, e em conformidade com as recomendações feitas aos médicos na pesquisa biomédica envolvendo seres humanos contidos na Declaração dada pela Assembleia Geral 52, Edimburgo, Escócia, Outubro/2000. Portanto, antes de serem incluídos no estudo, o paciente voluntário assinará o consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

Estratégias e ações

Fase de diagnóstico

Serão visitados em casa todos os pacientes diabéticos pertencentes à Unidade de Saúde em estudo, convidando para a intervenção e solicitando seu consentimento para participar (Anexo 1). Aos que aceitarem participar, será feita uma entrevista para obter os dados para a investigação como: nome, sexo, idade, escolaridade, onde mora, quanto tempo faz que é diabético, quais são os medicamentos que consome, assim como identificar os conhecimentos que eles têm sobre o diabetes mellitus. Os dados levantados serão tabulados para a análise posterior.

A técnica da entrevista será aplicada para pacientes com baixa escolaridade ou analfabetos, assim, aplicar um questionário não seria factível. Através da entrevista será possível obter mais informações dos pacientes estudados.

Fase de intervenção:

Os encontros acontecerão com a autora da intervenção, semanalmente, com duração de uma hora, por um período de quatro semanas a partir de discussões grupais com o objetivo de aprofundar algumas informações básicas sobre diabetes mellitus e temas de interesse.

Etapa de avaliação e monitoramento:

Após do programa educativo será realizada novamente a entrevista para determinar os conhecimentos adquiridos e assim fazer a comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas empregadas.

Os dados serão processados, apontando a frequência e percentual dos resultados, que serão expostos em textos e tabelas.

5 Resultados Esperados

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se aumentar o conhecimento da população acerca da Diabetes Mellitus e suas consequências para a saúde individual e coletiva. Desejamos conscientizar a população na importância de hábitos de vida saudáveis. Supomos que acrescentando ações e estratégias que ajudem a melhorar a qualidade de vida dos moradores da comunidade e a participação e conscientização dos usuários nas estratégias educativas, de promoção e controle da Diabetes Mellitus ocorra diminuição da prevalência e incidência da Diabetes Mellitus em idosos, no futuro imediato e tardio.

Referências

- BRASIL. Lei nº 11.347. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 18.
- BRASIL, D. *História do Diabetes*. 2017. Disponível em: <<http://www.adj.org.br/leitura-conteudo/00000178>>. Acesso em: 11 Dez. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado de pessoas com doença crônica - diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - BRASIL. Diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2006, 2006. Citado na página 12.
- FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto contexto - Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 105–111, 2007. Citado na página 12.
- GRILLO, M. de F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 49–54, 2007. Citado na página 12.
- IBGE. *Censo Populacional*. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estadisticas/populacao/censo2016>>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 12.
- IBGE. *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estadisticas/populacao/censo2010>>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado na página 9.
- IBGE. *Produto Interno Bruto dos Municípios*. 2017. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/estadistica/economia/pibmunicipios2010-2016>>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado na página 9.
- MELLITUS, S. B. de D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2015/2016*. São Paulo: AC Farmacêutica LTDA, 2016. Citado na página 16.
- MENDES, T. de A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1233–1243, 2011. Citado na página 12.
- SANTOS, E. C. B. dos et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do sistema Único de saúde com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 5, p. 952–957, 2011. Citado na página 18.
- SIAB. Sistema de informação ambulatorial. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, Balsa Nova, n. 2016, 2016. Citado na página 10.