



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Dr. Manuel José Lescaille Urtado

**Intervenção Educativa Sobre Estilos De Vida Saudáveis em Pacientes
Diabéticos em um município maranhense**

Maranhão
2018

Dr. Manuel José Lescaille Urtado

Intervenção Educativa Sobre Estilos De Vida Saudáveis em Pacientes Diabéticos na Área de Atuação da Equipe Socorro Portela , do Município São Raimundo das Mangabeiras , Maranhao , Brasil, 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

**Orientadora: Dra. Manoel Ribeiro
Médica Especialista em Saúde da Família**

**Maranhao
2018**

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma Doença Crônica Não Transmissível, multifatorial, que pode levar a complicações muito grave, com sequelas irreversíveis ate a morte. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com pacientes Diabéticos da UBC Socorro Portela, no município de São Raimundo Das Mangabeiras , Maranhao , Brasil. Para tanto será realizado um estudo descritivo de coorte transversal e de intervenção no período maio a julho 2018, com o objetivo de incrementar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre estilos de vida saudáveis, desenhar um programa de intervenção educativa sobre Estilos de vidas saudável e avaliar a aplicação do programa de intervenção. O universo de estudo estará conformado por o total dos pacientes Diabéticos que compareceram à consulta e atividades de grupo, sem ausências aos encontros. Espera-se, com o processo de intervenção, conhecer alguns fatores de riscos que possam interferir com estilos de vida saudáveis, o quantitativo de pacientes que tem má nutrição, descontrole metabólico e/ou alguma complicação, qualificando a temática no âmbito da Atenção Básica.

Descritores: Diabetes Mellitus; Estilos de vida Saudáveis; Educação em saúde.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	05
1.1	Situação Problema.....	07
1.2	Justificativa.....	07
1.3	Objetivos.....	07
	Objetivo Geral.....	07
	Objetivo Específico	07
	
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	08
3.	METODOLOGIA.....	12
3.1	Desenho da Operação	12
3.2	Público-alvo.....	13
3.3	Parcerias Estabelecidas.....	13
3.4	Recursos Necessários.....	14
3.5	Orçamento.....	14
3.6	Cronograma de Execução.....	15
3.7	Resultados Esperados.....	15
3.8	Avaliação.....	16
4.	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A Diabetes Mellitus é uma doença importante tanto por sua frequência como por suas consequências sobre o paciente, à família e a sociedade. É um dos desafios maiores no campo das doenças crônicas, devido principalmente a: envelhecimento da população, alimentação mal sana, obesidade e estilo de vida sedentário. Pela alta incidência e prevalência está considerada uma problemática da Unidade Básica Saúde Vila Paulie 2, no município de Belford Roxo, Rio de Janeiro, então avaliando as possibilidades de melhorar a qualidade de vida, influenciando em seus conhecimentos com uma intervenção multisetorial, se formulou o seguinte problema científico: ¿Como melhorar os conhecimentos dos pacientes diabéticos para elevar sua qualidade de vida? Para dar solução ao problema científico planteado no presente trabalho se formularam as seguintes Interrogantes:

- ¿Quais serão as principais necessidades educativas dos diabéticos em estudo?

- ¿Que elementos devem conter a estratégia desenhada para lograr uma mudança no estilo de vida nos pacientes diabéticos?

Hipóteses: Se se utiliza uma estratégia de intervenção educativa que seja flexível, interativa e sistemática, então se elevara o nível de conhecimentos que favoreceria uma mudança no estilo de vida do paciente diabético que permita lhe afrontar o reto que supõe esta doença.

Aporte científico: O estudo aborda de forma integrado a unidade que se estabelece entre a assimilação dos conhecimentos sobre a Diabetes Mellitus e o conteúdo do desenho, utilizando diferentes técnicas educativas.

Aporte prático: Consiste em aplicabilidade da estratégia educativa sobre os conhecimentos sobre estilos de vidas saudáveis no serviço da atenção básica dos pacientes diabéticos.

1.1 Situação- problema

Desconhecimento nos pacientes diabéticos sobre estilos de vidas saudáveis na Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família Socorro Portela , no município de São Raimundo Das Mangabeiras , Maranhão .

1.2 Justificativa

A área adstrita da Unidade de Saúde da equipe Socorro Portela , possui um total 216 pacientes diabéticos, segundo o cadastro dos Agente Comunitário de Saúde – ACS (10,73% de prevalência), faz-se necessário um maior conhecimento sobre estilos de vida saudável por parte dos pacientes diabéticos para melhor controle metabólico, evitar complicações e lograr melhor qualidade de vida dos mesmos.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

- Incrementar o nível de conhecimento sobre estilos de vida saudáveis em pacientes com Diabetes Mellitus atendidos pela Socorro Portela do Município São Raimundo Das Mangabeiras, Maranhão , Brasil, para obtenção de melhor controle metabólico e qualidade de vida nas pessoas acompanhadas no projeto, no período de Maio a Julho de 2018.

- Objetivos específicos

- Identificar fatores de risco que interferem para um estilo de vida saudável.
- Avaliar clínica, nutricional e humoral-mente aos Diabéticos do universo de estudo.
- Identificar o nível de conhecimento dos pacientes Diabéticos sobre estilos de vida saudável.
- Desenhar um programa de intervenção educativa.
- Avaliar a aplicação do programa de intervenção.

2. REVISÃO DE LITERATURA

CAPITULO I. Marco teórico conceptual.

Os critérios de classificação atuais se vasam não em tratamento se não em a etiologia da Diabetes, o que permite definir melhor os grupos.

Existem quatro grupos ⁽⁶⁾:

1- Diabetes tipo1.

- Autoimune.
- Idiopática.

2- I- Diabetes tipo 2.

- Insulina-resistência e efeitos de secreção de insulina.
- Defeitos de secreção de insulina com ou sem resistência à insulina.

3- III -Otros tipos específicos.

A. Defeitos genéticos da função das células Beta.

B. Defeitos genéticos da ação da insulina.

C. Doenças do pâncreas exócrino.

D. Endocrinopatias.

E. Induzida por fármacos o químicos.

F. Associada à infeções.

G. Formas pouco comum da diabetes mediada por imunidade.

H. Outras síndromes genéticas às vezes associados com diabetes.

4- IV. Diabetes gestacional.

Para o diagnóstico da Diabetes se utiliza a medição da glicose em plasma venoso em jejum e quando esta não é suficiente para o diagnóstico é necessário realizar uma Prova da Tolerância à Glicose Oral (TTG-O) que consiste em uma proba diagnóstica para definir se uma pessoa tem uma

glicose normal, uma Glicose em Jejum Alterada (TTGO), uma Tolerância a Glucose Alterada (TGA) o uma Diabetes Mellitus, este exame se realiza apos de um jejum prévio de 8 a 12 horas, para o mesmo se toma uma mostra de sangue venosa para determinar a concentração de glucose, se subministra por via oral 75 gramas de glucose anidra (82,5 gramas glucose mono hidratada) diluída em 300 ml de agua a tomar em menos de 3-5 minutos e se toma uma segunda mostra exatamente 2 horas apos que começou a ingerir o agua com glucose. Durante o tempo de espera o paciente deve permanecer sentado o acostado sem fumar o beber nenhum líquido ou comida, evitando qualquer situação de estrese ⁽⁷⁾. Considera-se que uma pessoa tem Diabetes Mellitus, quando um dos seguintes critérios bioquímicos está presente ⁽⁸⁾:

- Menor de 100 mg/dl (5,5 mmol/l) Corresponde a Normoglicêmica
- Glicemia em jejum igual o maior a 7 mmol/l (126 mg/dl).
- Glicemia pós-prandial igual o maior a 11,1 mmol/l (200 mg/dl).
- Quando a realização de uma Prova TTG- O a glicemia em jejum é igual o maior a 7 mmol/l (126 mg/dl) e/ou as duas horas é igual o maior a 11,1 mmol/l (200 mg/dl) ⁽⁹⁾.

Para o diagnóstico da doença em uma pessoa com sintomas clássicos de Diabetes Mellitus (poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicável de peso, visão barrosã, câimbras em membros inferiores, infeções a repetição) requerer-se só um dos critérios bioquímicos anteriores. No caso de uma pessoa assintomática, é essencial ter ao menos um resultado adicional de glicemia igual o maior às cifras que se descrevem nos critérios bioquímicos anteriormente expostos. Se o novo resultado não logra confirmar a presencia de Diabetes Mellitus, é consignável fazer controle glicêmico anual. ⁽⁹⁾

1.2 Control metabólico

Para lograr um bom controle glicêmico se requiere, não somente ingesta de medicamentos, se não ajustes importantes na alimentação habitual, controle de peso e uma atividade física adequada, todos os aspetos relacionados diretamente com o estilo de vida. Por tanto parte dos objetivos dos planos de tratamento deveria considerar a exploração de determinantes dessa conduta, como também as variável familiares relacionadas ⁽¹⁰⁾.

1.3. Terapêutica.

Os objetivos gerais do tratamento da diabetes são: evitar as de compensações agudas, prevenir ou retrasar a aparição das complicações tardias de a doença, diminuir a mortalidade e manter uma boa qualidade de vida. Pelo que se refere às complicações crónicas da doença, está claro que o bom controle glicêmico permite reduzir a incidência das complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) ⁽¹¹⁾.

Um bom tratamento tem base em três pilares fundamentais, a saber: Plano de alimentação. * Atividade física. * Medicamentos (se é necessário). Insulina nos pacientes que a requerem e Antidiabéticos Oraís nos pacientes que o requerem. A grande maioria dos pacientes com Diabetes tipo 2 podem conseguir ao inicio um bom controle com plano de alimentos e exercícios ⁽¹²⁾.

1.4. Hábito alimentaria

As recomendações dietéticas deveram adaptar-se a cada individuo para conseguir os objetivos gerais do tratamento. Neste sentido ha que considerar que a obesidade é muito frequente nos diabéticos tipo 2 e, por tanto, uns dos principais objetivos será a redução ponderal. O conteúdo calórico da dieta deverá ajustar-se em cada individuo em função de seu índice de massa corporal e da atividade física que desempenhe habitualmente quanto à proporção de nutrientes da dieta, se recomenda que as proteínas constituíssem o 10-20% do total das calorias ingeridas, e as grassas menos dos 30%, com menos dos 10% de grassas saturadas. Em quanto aos hidratos de carbono, deve dar-se mais importância à quantidade total ingerida que à procedência dos mesmos, mas deveriam evitar-se os hidratos de carbono de absorção rápida ⁽¹³⁾.

1.5. Exercício Físico

Antes de aumentar os padrões usais de atividade física ou desenvolver um programa de exercícios, o individuo com Diabetes Mellitus deve someter-se a uma avaliação médica detalhada e aos estudos diagnósticos apropriados. Este exame clínico deve dirigir se a identificar a presença de complicações macro vasculares e microvasculares, porque em dependência da severidade de estas, podem empiorar-se ⁽¹⁴⁾.

Em geral, é recomendável uma atividade física regular de intensidade moderada, preferivelmente exercícios aeróbios, com uma duração de 30 min diários e uma frequência de 3 ou 4 á semana. Outros investigadores

recomendam que estas pessoas acumulem a diário 30 min de atividade física de intensidade moderada. O Colégio Americano de Medicina Esportiva atualmente recomenda incluir exercícios de resistência e ha desenvolvido programas de adaptabilidade para adultos com Diabetes Mellitus tipo 2. Dustan e outros, asem como Castanheda e outros confirmaram a utilidade dos exercícios de resistência nas pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 ⁽¹⁵⁾.

Nas pessoas que não tem conservada a sensação protetora (sensitiva) dos pés, está contraindicado realizar caminhadas prolongadas, trotar e os exercícios de escadas. É recomendável nestes casos: nadar, montar bicicleta, remar, exercício sentado e exercícios de braços, entre outros ⁽¹⁶⁾.

1.6 Complicações da Diabetes Mellitus

Se bem a pedra angular para a prevenção das complicações na maioria dos diabéticos é a obtenção do controle metabólico estrito, também a eliminação de certos fatores de riscos para o macro e micro angiopatia é necessária tomar em conta a prática sistemática de exercícios físicos e a adoção de um estilo de vida apropriado de autocontrole, asem como as visitas periódicas ao médico, constituem elementos indispensáveis para lograr esta prevenção ⁽¹⁷⁾.

Estas complicações se podem classificar em ⁽¹⁸⁾:

- **Micro angiopatias:** * Retinopatia Diabética (cegueira adquirida) e *Nefropatia Diabética (Insuficiência renal crónica terminal).
- **Macro angiopatia:** * Infarto agudo de Miocárdico (2 vezes mais frequente no home com Diabetes e 4 vezes mais frequente na mulher com Diabetes). * Acidentes Cerebrovasculares. * Obstrução Vascular Periférico.
- **Neuropatia:** * Periférica. * Visceral.

Além destas complicações que dependem da idade do paciente, do tipo de diabetes mellitus e o tempo de evolução da doença, existem outras que som as chamadas complicações agudas que necessitam da atenção imediata e especializada do paciente, pois podem falecer, dentro de estas temos a cetoacidoses, coma hiperglicêmico e a acidose láctica ⁽¹⁸⁾.

1.7 Autocuidado do paciente diabético

O autocuidado é uma prática que implica certo grau de conhecimento e elaboração de um saber e que dá lugar a intercâmbios e relações interpessoais ⁽¹⁸⁾.

O conteúdo das aulas individual ou em grupo deve conter ao menos os seguintes temas: • Que é a Diabetes Mellitus. • Sintomas, sinais especialmente de hiperglicemia e hipoglicemia. • Os tipos clínicos mais importantes: Tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional. • O plano alimentar. • Necessidade da atividade física e sua planificação. • Importância do controle metabólico. • Importância do controle e reconhecimento de outros fatores de riscos. • Terapêutica com hipoglicemiantes ou normoglicemiantes orais. • Terapêutica com insulina: Tipos, forma de atuar, injeções, rotações, quando mudar doses. • Cuidados dos pés. • A vigilância de início das complicações. • Importância de educação sexual e reprodutiva na Diabetes Mellitus. • Prevenção das malformações congênitas e mortalidade perinatal ⁽¹⁸⁾.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Belford Roxo. A metodologia constitui-se na execução das orientações vigentes na APS no Brasil, na modalidade de Atenção Coletiva em grupo, no sentido de programar uma intervenção educativa na USF de atuação de equipe Socorro Portela São Raimundo Das Mangabeiras, Maranhão , Brasil.

➤ O primeiro momento SENSIBILIZAÇÃO:

Inicialmente será realizada uma reunião de apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da: Atenção ao diabético na USF. Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis. É importante compartilhar este processo com a equipe de saúde. Após a apresentação do projeto à equipe, será feita a apresentação do projeto e dos participantes à comunidade participante e avaliação do conhecimento prévio dos pacientes diabéticos sobre estilos de vidas saudáveis e apresentação do primeiro tema a ser trabalhado, neste momento será apresentada palestra sobre a

importância da alimentação saudável para o controle metabólico assim como do peso corporal, com vídeos motivacionais e atividades práticas, tendo como principal foco a sensibilização dos agentes envolvidos sobre a necessidade de um maior conhecimento para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

➤ **O segundo momento ORGANIZAÇÃO DOS MATERIAIS:**

A equipe fará o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Neste momento, será solicitada à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio como os Cadernos de Atenção Básica, assim como as fichas de acompanhamento. Após ter todos os materiais disponíveis, sugere-se que a equipe tenha um momento coletivo (reunião de equipe) para discussão dos instrumentos para implementação do programa de intervenção educativa. Neste espaço dúvidas devem ser compartilhados, pactos entre a equipe devem ser selados, a fim de que a execução da atividade possa ser facilitada.

➤ **O terceiro momento IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA A ATENÇÃO EM GRUPO AO DIABÉTICO:**

Neste momento estão incluídos os processos de inclusão/exclusão.

Critério de inclusão: pacientes diabéticos e que não tenham ausências às atividades.

Critério de exclusão: pacientes diabéticos com alguma ausência às atividades.

➤ **O quarto momento COLETA DE DADOS E REGISTRO DE INFORMAÇÕES:**

Dados de identificação, História clínica pregressa (alergias e/ ou intolerâncias, hábitos tóxicos), Tempo de evolução da doença, História familiar, Perfil psicossocial, Estado nutricional, Estado metabólico, Presença de complicações.

➤ **O quinto momento EXECUÇÃO DO PROJETO INTERVENÇÃO EDUCATIVA:**

Levando em conta a indicação dos pilares mais importante de Diabetes Mellitus e para estilo de vida saudável,

Estratégia para formação / Planos de aula (Parceria da ESF e NASF):

Apresentação do Projeto para sensibilizar o público alvo.

Nas palestras sobre Diabetes Mellitus e estilos de vidas saudáveis, serão utilizados vídeos, dinâmicas, atividades em grupos para discutir o tema.

Para desenvolver as atividades práticas, serão realizadas oficinas, para proporcionar um contato direto com o tema abordado.

Para cada aula ministrada serão discutidas e observadas necessidades existentes com sugestões de melhorias construídas de forma coletiva e apresentadas aos responsáveis pela realização dos procedimentos necessários para sanar os eventuais problemas levantados.

➤ **O sexto momento ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO CLÍNICA E METABOLICA DOS PARTICIPANTES DO PROJETO:**

Durante a execução do projeto os pacientes serão convidados a comparecerem à unidade de saúde para realizar avaliação do controle clínico- metabólico (glicemia capilar) para estimativa de eficiência e eficácia do projeto.

➤ **O sétimo momento AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA:**

Acompanhamento formativo:

Serão realizadas rodas de conversa e aplicação de questionários com os pacientes diabéticos para acompanhar a o grau de conhecimento dos mesmos em relação a estilos de vidas saudáveis e a doença.

Durante as palestras serão realizadas avaliações, antes e depois do curso para reavaliar a execução do projeto.

Realizar reuniões de avaliação em equipe.

Ações para garantir a participação de todos:

A comunidade será convidada a participar do projeto via convite, direcionado aos pacientes diabéticos, enviado para cada residência, bem como fixado no mural informativo nos postos de saúde da equipe 2.

Será orientado aos agentes comunitários de saúde realizar visitas domiciliares para reforçar a importância da participação e continuação do projeto.

Nos encontros onde serão realizadas as palestras também serão passadas listas de frequência a serem assinadas por todos os participantes.

3.1 Recursos Necessários

- Equipe de saúde da família composta por 5 agentes comunitários de Saúde, 1 técnica de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal. Além dos membros do NASF do município.
- - RECURSOS MATERIAIS
Computadores; Fichas de Atendimento individual; Fichas de Atividades coletivas; Impressora; Cadernos de Atenção Básica (Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica No. 35 e 36); Sala para realização de grupos; Balança; Canetas; Pasta para arquivo do planejamento das atividades; Prontuários dos pacientes presentes na atividade; Projetor; Caixa de som; Notebook; Cartazes; Folder e panfletos; Papel ofício; Fita métrica; Altímetro.

3.2 Orçamento

O município contribuirá com a execução do projeto disponibilizando os materiais, equipamentos e locais de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde, para viabilizar a realização do projeto.

3.3 Cronograma de execução

O planejamento seguirá uma ordem cronológica apresentada no quadro 1, abaixo:

Ações	Maio	Junho	Julho
Apresentação da proposta à equipe de saúde.	X		
Organizar material para consulta individual- ESF.	X		
Organizar critérios de inclusão/exclusão- ESF.	X		
Avaliar os pacientes elegíveis- ESF.		X	

Registrar e monitorar indicadores-ESF.		X	
Realizar Programa de intervenção, organizado em 6 aulas.		X	X
Avaliar processo em reuniões de equipe.		X	X
Avaliar processo com familiares.			X

3.4 Resultados esperados

- **Compartilhamento de vivências e conhecimentos;**
- **Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde dos diabéticos;**
- **Aumentar o conhecimento sobre estilos de vida saudáveis nos pacientes diabéticos;**
- **Ampliar a responsabilidade de cada paciente com relação a seu papel, estimulando sua contribuição para estilos de vida saudáveis;**
- **Construir os objetivos de tratamento de forma participativo-coletiva;**
- **Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar e integral;**
- **Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida (alimentação saudável, pratica sistemática de atividade física, manter o peso ideal) e comportamentos com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população atendida.**
- **Os reflexos das ações poderão ser observados nos atores que estão envolvidos no projeto através da mudança no comportamento e nos hábitos, bem como nos diabéticos que serão beneficiados com melhor qualidade da alimentação ofertada, pratica sistemática de atividade física o que impacta na formação dos hábitos e comportamento saudáveis e melhor controle metabólico.**
- **Espera-se também contribuir para a formação de cidadãos conscientes para um futuro melhor, capaz de multiplicar conhecimentos e ações positivas.**

3.5 Avaliação

Aplicara-se o questionário de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) antes e após do projeto de intervenção com o objetivo de avaliar o conhecimento e compreensão geral sobre a doença.

O ATT-19 é um questionário auto preenchível sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. A principal aplicação da escala foi associada à avaliação da intervenção educacional. ⁽²¹⁾

4. CONCLUSÃO

A educação é um pilar importante que contribui ao controle efetivo da doença. Para alguns especialistas, o melhor tratamento falha, se o paciente não participa dia a dia no controle dos níveis da glicemia. Considera-se, por endez, a pedra angular do tratamento, o que implica ter conhecimentos, hábitos e motivações, por quanto é necessário que cumpram as indicações e façam uma serie de mudanças nos hábitos e estilo de vida destes pacientes, com a finalidade de lograr um controle metabólico adequado que permita evitar-lhes o diminuir-lhes as complicações vasculares crónicas e por endez, melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

A importância da educação ao paciente diabético é um aspecto indiscutível para os conhecedores da matéria, e além, se a insistido em que tal processo educativo deve ter em conta as características gerais e clínicas dos diabéticos, sobretudo, quando se realizam diagnósticos educativos nesse grupo de pacientes, os diferentes estudos tem demonstrado os benefícios reais dos programas educativos em diabéticos e se a constatado que a educação não melhora unicamente os conhecimentos e a toma de decisões, se não além reduz o custo sanitário e social ⁽⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Díaz Díaz Oscar, Valenciaga Rodríguez José Luis, Domínguez Alonso Enma. Comportamento epidemiológico da diabetes mellitus no município de Güines: Ano 2009. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista na Internet]. 2010 Abr [citado 2013 Sep.28];42(1):Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100003&Ing=es.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.
3. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets. Disponível em: Acesso em: 22 nov. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
6. Grupo de Diabetes da SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar e Comunitaria). Diabetes mellitus. Diagnóstico. Guías Clínicas. Grupo Diabetes SAMFYC. 2003. Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/diagno-1.htm> Consultado 8 de febrero de 2008.
7. Pérez Martínez Víctor T. La respuesta adaptativa del anciano a la diabetes mellitus, comportamiento en dos áreas de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2011 Sep 28] ; 25(3): .Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300005&Ing=es.
8. Pérez V. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor Rev Cubana Med Gen Integr. 2008; 24(3):9.
9. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet].

Disponible en: http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm. [citada 17 Nov 2003].

10. UKPDS Group. UK: Prospective Diabetes Study 33. Intensive blood-glucose control with sulphonylurea or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in oldest patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2008; 352:837-53.

11. Wing RR, Epstein LH, Nowalk MP, Scott N, Koeske R, Hagg S. Does self-monitoring of blood glucose levels improve dietary compliance for obese patients with type II diabetes? *Am J Med*. 2006; 81(5):830-6.

12. Regla Carolino ID, Molena-Fernandes CA, Soares Tasca R, Silva Marcon S, Nakamura Cuman RK. Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Latinoam Enfermagem*. [Revista en la Internet] 2008. [Citado 2011 febrero 26]; 13(2): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_11.pdf

14. Katulanda P, Constantine GR, Mahesh JG, Sheriff R, Seneviratne RDA, Wijeratne S, et.al. Prevalence and projections of diabetes and pre-diabetes in adults in Sri Lanka—Sri Lanka Diabetes, Cardiovascular Study (SLDCS). *Diabet Med*. [Serie en Internet] 2008. [Citado 2011 febrero 26]; 25(9): [Aprox. 7p.] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2008.02523.x/ful>.

15. Vicente-Sánchez B, Zerquera-Trujillo G, Peraza-Alejo D, Castañeda-Álvarez E, Irizar-Hernández J, Bravo-Valladares T. Calidad de vida en el paciente diabético. *MediSur* [Serie en Internet] 2008 noviembre 17. [Citado 2011 marzo 21]; 6(3): [Aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/321>.

16. Gallardo Pérez UJ, Zangronis Ruano L, Chirino Carreño N, Mendoza Vélez L. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Revista en la Internet] 2008 Mar. [Citado 2011 Feb 26]; 24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007&Ing=es

17. Pierre L. Hora de trazar una ruta segura. *Diabetes Voice*. [Revista en la Internet] 2006. [Citado 2011 Feb 26]; 51(Número especial): [aprox. 2p.].

Disponible

en:

http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_406_es.pdf

18. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2004. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2005.

19. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19). Rev Saude Publica. 2005; 39(6): 906-11.