



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



AGUSTIN ELPIDIO LAFFITA PEÑA

Implementação do Programa de educação em saúde com um grupo de pacientes diabéticos, na UBS-II Olidia Pereira Pinto do Município de Vila Boa- GO

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

AGUSTIN ELPIDIO LAFFITA PEÑA

Implementação do Programa de educação em saúde com um grupo de pacientes diabéticos, na UBS-II Olidia Pereira Pinto do Município de Vila Boa- GO

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

Orientador (a): Prof.^(a) Ilma Amaral Piemonte de Mello

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico meu trabalho aqueles que precisam de saúde, a meus colegas de equipe que apoiarem para o desenvolvimento deste trabalho.

O Programa Mais Médicos que permitiu a possibilidade de estar aqui, conhecendo o povo brasileiro e suas necessidades de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ante toda a natureza por dar a mim força, condições físicas e mentais para adquirir os conhecimentos que precisei para desenvolver meu trabalho.

A minha equipe que teve que agüentar palestras, reuniões, para entender qual era meu interesse com este trabalho. Por colaborarem comigo na realização de todas as etapas que foram desenvolvidas neste trabalho, por me ajudarem, durante todas as ações, oferecendo todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, e o respeito por meu trabalho, garantindo assim uma vida mais prazerosa no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pacientes que ganharam conhecimento sobre sua saúde.

Ao povo de Vila Boa-GO, que me concedeu oportunidade de enriquecer meus conhecimentos.

Agradeço a solidariedade entre os povos que foi quem garanto que eu tivesse participação no Programa Mais Médico que me proporcionou à oportunidade de trabalhar como médico da família, neste país.

Agradeço também a Prefeitura Municipal de Vila Boa-GO, através da Secretaria de Saúde, por confiar em meu trabalho para desempenhar esse referido projeto de intervenção.

Dedico um agradecimento todo especial a aos meus colegas e amigos, que participaram de forma voluntária para a realização desse projeto.

Agradeço finalmente a minha dedicada tutora Ilma, que foi minha orientadora que mesmo a distância sempre esteve presente, garantindo o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Para avaliar o conhecimento de algumas variáveis de mobilidade que afetam a UBS (Unidade Básica de Saúde), Olidia Pereira Pinto do município de Vila Boa - GO realizamos nosso projeto de intervenção sobre as variáveis que afetam os paciente doentes de Diabetes Mellitus ,e assim garantir conhecimentos que eles precisam para uma boa qualidade de vida.

O universo serão 38 pacientes diabéticos, a mostra será composta por 28 pacientes que padecem dessa doença.

É uma das doenças que apresenta maior incidência no Brasil.Os fatores de risco que contribuem para a sua aparição e também informações à família para combatê-la,e evitar o desenvolvimento da mesma.

Faremos um levantamento para identificar as necessidades de que eles adquiram mais conhecimentos sobre a doença.

Realizado um programa de educação para a saúde para os pacientes com a doença, e depois de receber as orientações, eles responderam a um segundo levantamento, depois de oito semanas do levantamento inicial, vamos avaliar o nível de conhecimento. para confirmar a eficácia da atividade educacional.

Palavras-chave.Diabetes Mellitus,educação en saude,conhecimentos,paciente.

ABSTRACT

To evaluate the knowledge of some mobility variables that affect me UBS (Basic Health Unit), Olidia Pereira Pinto Vila Boa-GO realize our intervention project on the variables that affect patients with Diabetes Mellitus patient, and thus ensure the knowledge they need for a good quality of life. The universe will be 38 diabetic patients, the show will consist of 28 patients who padecen it. This disease presents in Brazil high incidence, but the risk factors that contribute to its appearance of it Too I stand frequently gifts, and so that our work will ensure knowledge e conscience of the disease, as well as providing tools to combat her family, and prevent its development. Let's do a search which will be identified the need for them to acquire more knowledge about the disease. Carried out for health education program for patients with the disease, and after receiving the guidelines, they responded to a second study, after eight weeks of the search starts, we will assess the level of knowledge. to confirm the effectiveness of educational activities.

Words chave . Diabetes Mellitus, en health education, knowledge, patient.

SUMÁRIO

2- ASPECTOS INTRODUTORIOS	7
2.1-Introdução.....	7
2.2 Objetivos: Geral e Específicos	10
3-ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	10
4-IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	13
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6-REFERÊNCIAS.....	21
7-ANEXOS.....	24
8-APÊNDICES.....	28

Aspectos Introdutórios

Em qualquer sociedade as doenças crônicas são um problema de saúde que precisam de um atendimento de alta qualificação e conhecimentos, do que está acontecendo para seu desenvolvimento por isso é muito importante a informação sobre elas. Como a Diabetes Mellitus.

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina³. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial³. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à atenção Primária⁷, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cérebro vascular.¹³

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. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos⁶.

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 auto-referidas na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011⁶. Além disso, o levantamento deixou claro que as ocorrências são mais comuns sem pessoas com baixa escolaridade⁹. (,16)

O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com Diabetes. 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%). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030¹⁵. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de Diabetes globalmente. No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por Diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguidos por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000), (2011)¹⁵.

Analisando a importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos seus portadores¹⁶, por meio dos, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, verifica-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a 8ª posição. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde¹³ (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do Diabetes causam alta Morbi-Mortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde¹⁰.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega à Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença¹¹, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária¹². Considerando que a proporção de diagnósticos encontra-se aquém do esperado, que o tratamento é muitas vezes inadequado e o controle do DM é baixo, colocam-se as seguintes questões para os serviços de Atenção Básica: ^{14,17}

Os tipos de Diabetes mais frequentes são o Diabetes tipo 01, anteriormente conhecido como Diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos², e o Diabetes tipo 02, anteriormente conhecido como Diabetes do adulto³, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de Diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o Diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de Diabetes, detectado no

rastreamento pré-natal⁷. Outros tipos específicos de Diabetes menos freqüentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao Diabetes¹⁶.

Para o diagnóstico se precisam glicemia de jejum 150mg/dl ou mais de 200mg/dl depois da alimentação¹¹.

Na UBS (Unidade Básica de Saúde) a quantidade de Diabetes não é significativa se uma população 2564 temos uma quantidade de 38 Diabetes Mellitus tipo II para um 1.48% mas no levantamento do dia a dia temos casos sem atendimento adequado, não temos casos de Diabetes tipo I,mas temos uma população com risco de padecer.

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado², o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da Morbi-Mortalidade⁸. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir Morbi-Mortalidade causada por essa patologia¹². Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde¹³.

Devido a isto oferece uma especial atenção à presença de fatores de risco, associados com a causa, o desenvolvimento e a progressão da doença, alguns fatores não são modificáveis como: a idade, sexo, raça e fatores genéticos. Tem sido demonstrado nas literaturas a associação da obesidade com a Diabetes Mellitus^{15,16}.

A adequada percepção do risco requer executar uma estratégia de educação e promoção de medidas com o objetivo de diminuir a Diabetes Mellitus e suas complicações^{16,9}, principalmente sobre a falta da prática de exercício físico, o controle de níveis inadequados de lipídios no sangue, alimentação saudável, na alta ingestão de açúcar, tabagismo, alcoolismo e obesidade^{4,5}.

A educação do paciente diabéticos é o elemento fundamental para o controle adequado da doença⁸, pois permite que o paciente entenda melhor sua doença e as conseqüências da mesma. Facilitando a adesão adequada ao tratamento e uma longa sobrevivência com melhor qualidade de vida¹⁸.

Neste sentido, é necessário projetar e integrar as ações em todos os territórios no nível local, com o objetivo de estender as medidas de promoção da saúde. Isso deve ser realizado com suporte clínico preventivo para alcançar metas apropriadas na prevenção primária¹⁹. Para a equipe de cuidados de saúde ser eficiente na luta contra a Diabetes Mellitus, tem que envolver toda a comunidade pois desta forma obtem-se o maior impacto nesse sentido^{20,21}.

Este projeto propõe elevar o nível de conhecimento para favorecer o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e habilidades, que por sua vez permite tomar decisões adequadas para o controle da Diabetes Mellitus e melhorar a qualidade de vida para esse grupo de pacientes, evitando complicações e a morte^{22,23,24,25,26}.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Identificar o nível de conhecimento dos pacientes doentes de Diabetes Mellitus sobre a doença na UBS II Olidia Pereira Pinto, Vila Boa-GO.

Objetivos específicos:

- Oferecer informação geral sobre definição, tratamento, sintomas e fatores de risco associados com a Diabetes Mellitus.
- Complementar o conhecimento e a importância do tratamento com hipoglicemiantes orais para o paciente diabético .
- Orientar sobre a importância da dieta e exercícios físicos para o paciente diabético.
- Garantir qualidade da informação de promoção e prevenção das complicações da diabetes Mellitus.

Análise Estratégica

O município de Vila Boa-GO está situado no Planalto Central, na região Nordeste do Estado de Goiás. É cortado pela BR 020, também conhecida por Rodovia Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, que liga a capital do país ao Nordeste Brasileiro. Sua criação se deu na década de 60, quando foram construídas as primeiras casas, isto é, em 1963 pertencia ao município de Formosa, quando foi

elevada à categoria de povoado. Já nos anos 1985, com grande número de casas e de habitantes, foi elevado à categoria de Distrito de Vila Boa. Aos 29 de abril de 1992, por meio de um plebiscito foi emancipada e se tornou o Município de Vila Boa, Estado de Goiás, com área de 1.068 km². O município tem sua vocação voltada para a agropecuária, embora hoje em dia somente a pecuária extensiva e a plantação de cana de açúcar tem sido a atividade economicamente existente. A agricultura já foi outrora mais expressiva, com culturas com o feijão, milho, soja, arroz e mandioca.

Localizado no Vale do Paraná, Nordeste goiano, a 189 km de Brasília, apresenta aspectos geomorfológicos diversificados, com variações altimétricas de 200 a 800 metros, conferindo-lhe destaque no planalto central. Seu relevo é predominantemente caracterizado por áreas de vazante entre 400 a 600 metros e seu clima é semi-árido. Seus limites são: norte - Flores de Goiás, sul e oeste - Formosa, Goiás e ao leste-Buriti de Minas Gerais.

A Taxa de Mortalidade Infantil foi de 78,13 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2010 e entre as principais causas de mortalidade o Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes), destaca-se: a mortalidade por causas externas com 42,24, agressões com coeficiente de 21,12, as doenças do aparelho circulatório com 27,78 e as neoplasias com 5,56 óbitos. Os dados são do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do ano de 2010.

Segundo estimativas do IBGE para o ano 2012 o município de Vila Boa conta com população de 4.954 habitantes. Seguindo os padrões brasileiros a divisão populacional por zona de habitação fica assim dividida: 26,04% residem na zona rural e 73,96% reside na zona urbana. Em relação ao gênero tem na população masculina a maior parcela, com 54,7% enquanto que a população feminina corresponde a 45,3%, criando no município uma realidade divergente da vista nacionalmente onde o gênero feminino tem maioria. De acordo com o censo do IBGE do ano 2000 em pesquisa de raça/cor, 49,35% dos munícipes se declararam brancos, 44,61% pardos, 5,07% pretos, 0,12% indígenas, 0,16% amarelos e 0,69 % não se declararam.

Na Unidade Básica de Saúde II, são atendidas, parte da população urbana do município e a população rural duas cooperativas agropecuárias, e varias fazendas . O total de atendimentos na UBS II - Olidia Pereira Pinto é de 2.564 habitantes, com 1.396 masculinos que representa 54.45% e 1.168 femininos que representa 45.55%, predominando o sexo masculino e a faixa etária de 20-29 anos com 535 habitantes que representa 20,86%. Após as pesquisas realizadas, comprovamos que a maioria

das pessoas não tinha conhecimentos de como se prevenir e qual o tratamento certo para Diabetes Mellitus. Em reunião com a Secretária e a Coordenadora da UBS II, decidimos que era necessário efetuar um Projeto de intervenção. Projeto este, realizado em nossa própria UBS, com palestras, atividades educativas sobre alimentação saudável, a necessidade de atividades físicas, a conscientização dos pacientes com Diabetes da importância do uso contínuo e no horário certo dos medicamentos conforme as orientações. Participaram além do autor do projeto nossa enfermeira: Daniela Valadares Carvalho Pires, os agentes comunitários de saúde (ACS): Leonesa Abreu Rodrigues, Sueli Abreu Rodrigues, Bruno Luis Da Costa, Edit Ribeiro Da Costa, técnico de enfermagem: Silvia Regiane Lopes, representando o NASF: Roe Lopes Avelar Nere (Nutricionista) e Luiz Claudio Santos Cardoso (Fisioterapeuta).

O processo de implantação do Projeto de Intervenção teve algumas dificuldades porque os agentes não entendiam qual era minha proposta com brigas e avaliações eles entenderem e concordarem o valor de meu trabalho. Percebemos que a nossa dificuldade era de iniciar porque os pacientes não estão acostumados à participação neste tipo de atividade. Para a solução deste problema solicitamos a cada Agente de Saúde responsável por aquele paciente que conversasse e explicasse a importância. Feito este trabalho garantimos ótima participação.

. O acompanhamento aos 28 pacientes também foi pelo nutricionista que realizou uma avaliação e depois foram passada as orientações sobre a dieta que cada um deveria fazer. O fisioterapeuta após a sua avaliação passou as orientações sobre o tipo de exercícios físicos a realizar.

O estudo foi dividido em três fases:

Fase 1: diagnóstica:

Com a informação oferecida por agentes comunitários arrumamos uma lista com os nomes, sobrenomes e endereços de todos os pacientes, idade, sexo, raça, etc, em uma palestra, será explicada às características do estudo e convidamos para participar aqueles que estejam interessados. Aos que aceitarem participar, faremos um levantamento inicial que permitirá obter dados gerais de cada paciente e o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus.(Anexo 1)

Fase 2: intervenção educativa:

Uma vez analisados os resultados traçaremos a estratégia educacional de um programa desenvolvido (Anexo 2), com o objetivo de aumentar o nível de

conhecimento sobre Diabetes Mellitus . A intervenção será realizada uma vez por semana às sextas-feiras das 8 até as 10 horas da manhã.

Para facilitar a execução do programa educacional dividiremos o grupo em dois subgrupos de 14 pessoas cada um, usaremos as seguintes técnicas de ensino: assembleias, palestras, discussão grupal, demonstração, etc, desta forma avaliaremos os resultados positivo–negativo e interessante (PNI).

Fase 3: de avaliação:

Oito semanas depois da intervenção será novamente aplicado questionário inicial, esta vez não serão incluídos os dados gerais, para avaliar só o conhecimento adquirido através da intervenção.

O nível de conhecimento será avaliado pelo questionário. Os pacientes deverão marcar um X só na opção que considerarem correta em cada questão. Os valores das questões serão avaliados pelo número de respostas certas. O resultado do levantamento será avaliado da seguinte forma:

- Menor de 33 % de respostas certas: avaliação sera considerada ruim.
- Entre 33 % e 66 % de respostas certas: avaliação sera considerada regular.
- Maior de 66 % de respostas certas: avaliação sera considerada boa.

Para avaliar nosso trabalho os dados seran recolhidos em tabelas mas para frente em a descrição e avaliação comparando os resultados antes e depois da avaliação do projeto.

4. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

Nossa investigação e iniciada.

Fase 1: diagnóstica:

Com a informação oferecida por agentes comunitários arrumamos uma lista com os nomes, sobrenomes e endereços de todos os pacientes, em uma palestra, expliquei as características do estudo e convidamos a participar aqueles que estejam interessados. Aos que aceitaram participar, fizemos um levantamento inicial que permitiu obter dados gerais de cada um dos paciente e o nível de conhecimento sobre a Diabetes Mellitus(Anexo1).

Fase 2: intervenção educativa:

Com os resultados obtidos.

Trazemos as estratégias educacional de um programa desenvolvido com a finalidade de justificar nosso trabalho (anexo 2) ,Programa Educacional com o

objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre as variáveis de morbidade que afetam a Diabetes Mellitus . A intervenção será realizada uma vez por semana cada sexta-feira das 8 até as 10 horas da manhã.

Para facilitar a execução do programa educacional dividimos o grupo em dois subgrupos de 14 pessoas cada um, usamos as seguintes técnicas de ensino: assembléias, palestras, discussão grupal, demonstração, etc, desta forma avaliamos os resultados positivo–negativo é interessante (PNI).

Fase 3: de avaliação:

Nesta fase temos ferramentas para avaliar nosso trabalho de aprendizagem, oito semanas depois da intervenção novamente aplicamos questionário inicial, esta vez não são incluídos os dados gerais, para avaliar só o conhecimento adquirido através da intervenção.

Os conhecimentos adquiridos são avaliados pelo questionário. Os pacientes tem que marcar um X só na opção que considerarem correta em cada questão. Os valores das questões são avaliados pelo número de respostas certas. O resultado do levantamento são avaliados da seguinte forma:

- Menor de 33 % de respostas certas: avaliação será considerada ruim.
- Entre 33 % e 66 % de respostas certas: avaliação será considerada regular.
- Maior de 66 % de respostas certas: avaliação será considerada boa.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes diabéticos segundo grupos de idade e sexo.

Grupo de idade	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30-39	1	3,57	3	10,72	4	14,29
40-49	5	17,85	4	14,29	9	32,14
50-59	4	14,28	4	14,29	8	28,57
60 acima	3	10,71	4	14,29	7	25,00
Total	13	46,41	15	53,59	28	100,00

Fonte: Prontuários e fichas.

Quando avaliamos a tabela 1 podemos falar que o grupo de idade de maior incidência foi de 40-49 anos com 9 pacientes para um 32,14%, sendo seguida por 50-59 anos com 8 pacientes para um 28,57% , depois 7 pacientes de 60 anos e mais para um 25,00% que corresponde com a bibliografia consultada A prevalência

do DM2 aumenta com a idade. Na população com mais de 40 anos, é da ordem de 11% enquanto que na de 65 anos ou mais, eleva-se para 20%.(15), e o sexo masculino com a maior incidência com 53,59% diferente da bibliografia consultada que fala que a maior incidência no Brasil é de mulher, igual as bibliografias internacionais(24).mas em minha área de abrangência é o sexo masculino.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes diabeticos de acordo com a raça.

Grupo de idade	Raça									
	Branco		Negro		Parda		Amarela		Indígena	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30-39	2	7,14	1	3,57	1	3,57	0	0	0	0
40-49	4	14,28	0	0	5	17,85	0	0	0	0
50-59	3	10,71	0	0	4	14,28	0	0	0	0
60 e acima	2	7,14	1	3,57	5	17,85	0	0	0	0
Total	11	39,28	2	7,14	15	53,57	0	0	0	0

Fonte: Prontuários e Fichas.

Nesta tabela 2 avaliamos a possibilidade de conhecer a incidência da raça para padecer de Diabetes Mellitus oferecendo os dados que falam que a raça parda tem 15 pacientes para um 53,57% para uma maior incidência, continua a raça branca com 11 para um 39,28.como dado mais significativo, outras bibliografias consultadas falam que os afroamericanos e latinos tem mais possibilidade de sofrer a doença.correspondendo com nosso estudo.

Tabela 3. Conhecimento dos fatores de risco da Diabetes Mellitus.

	Nível de conhecimento dos fatores de riscos							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	0	0	0	0	28	100	28	100
Depois	15	53,57	10	35,71	3	10,71	28	100

Fonte: Pesquisa.

Em nossa investigação nesta tabela na primeira avaliação foi ruim para um 100 dos pacientes, depois de fazer o trabalho de educação em saúde o conhecimento aumentou e 15, pacientes ficou de bom para um 53,37%, 10 para um 35,71%,

pacientes de regular ,e 3 para um 10,71 ruim,mostrando assim que com a educação em saúde a população pode melhorar os conhecimentos e sua saúde como fala a bibliografia consultada ²⁰ . Do total de 50 pacientes que participo 90 % recebeu qualificação de insuficiente ao inicio da intervenção, logo da qualificação já que ao final de a mesma e 83.3 % foi excelente, comportamento de forma similar ao comparar todas as categorias de qualificação,foi maior que nosso trabalho mais podemos mostrar como o ensino tem um valor grande para garantir o conhecimento dos pacientes de suas doenças.também apoio minha afirmação a bibliografia consultada ¹⁹ ,entre os principais resultados se encontro um aumento significativo de os conhecimentos sobre a enfermidade.

Tabela 4. Conhecimento dos sintomas de Diabetes Mellitus.

	Nível de conhecimento dos sintomas.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	0	0	10	35,71	18	64,28	28	100
Depois	13	46,42	10	35,71	5	17,85	28	100

Fonte: Pesquisa.

Nesta tabela 4 podemos avaliar nosso primeiro encontro. 10 pacientes avaliaram como regular (35,71%), 18 de ruim (64,28%).Depois de oferecer palestras os pacientes melhoraram os conhecimentos e 13 pacientes avaliaram como bom (46,42%) 10 pacientes de regular (35,71%),mas 5 pacientes de ruim(17,85%).

Conhecer a doença é uma ferramenta para o desenvolvimento de ações de saúde como fala a bibliografia consultada. ²⁰ O Curso de Informação Básica sobre a Diabetes Mellitus traz notabilíssimas mudanças no nível de conhecimento sobre a enfermidade. Ao ser comparado a media de pontuação da qualificação do questionário aplicado ao inicio e ao final do curso. Sem duvida nenhuma esta mudança positiva no nível do conhecimento expressa um avanço na educação diabetológica destes pacientes, o qual evidencia a influencia que exerce sobre os diabéticos, a aplicação de um curso, donde desde o ponto de vista pedagógico, o sujeito tenha uma participação ativa durante o processo de aprendizagem. A imensa maioria dos autores afirma que a educação diabetológica constituiu a pedra angular do tratamento, que com ele o paciente chega a conhecer melhor sua enfermidade,

mostrando assim a importância que é a educação em saúde, ²⁵ o desenho de um Programa de Educação em Diabetes constituiu um salto de qualidade. Alcançou-se um aumento significativo dos conhecimentos sobre a enfermidade e diminuição temporal das concentrações de glicemia, mostrando a importância do nosso trabalho.

Tabela 5. Conhecimento do tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus.

	Nível de conhecimento do tratamento.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	0	0	4	14,28	24	85,71	28	100
Depois	16	57,14	7	25,00	5	17,85	28	100

Fonte: levantamento.

Os resultados nesta tabela no estudo sobre o grau de conhecimento, do tratamento, encontramos ruim para 24 pacientes (85,71%) depois das palestras 16 pacientes (57,14%) avaliaram de bom. Porém 7(25,00%) ainda avaliaram de regular, e 5 (17,85%) avaliados de ruim.

Isso mostra que a aprendizagem é uma ferramenta para o controle da doença, ²¹ onde o estudo incluiu 30 pacientes que receberam a intervenção educativa mediante um curso de informação básica, dando evidência a positiva apropriação dos conhecimentos sobre sua enfermidade.

Entre os resultados encontrados temos que a totalidade dos pacientes alcançou uma satisfatória adesão ao tratamento médico; os níveis de glicose no sangue ficaram normais. Outra bibliografia ²⁵, fala que a Diabetes Mellitus é um exemplo da necessidade de um processo de educação terapêutica que unido aos cuidados clínicos, garantem a eficácia no tratamento das pessoas com esta enfermidade. Podemos declarar que a educação é função primordial, para estabelecer informação básica e o desenho de um Programa de Educação em Diabetes constituiu um salto de qualidade.

Encontrou-se encontrou melhor adoção terapêutica, melhor controle metabólico e diminuição das complicações. ²⁶ Comprovaram-se o impacto da intervenção educativa na normalização de indicadores clínicos, bioquímicos,

terapêuticos e se confirmou a possibilidade de que o continente podia implementar programas de educação que reforçassem o cumprimento do cuidado clínico.

Como se vê o conhecimento é arma terapêutica para garantir bom tratamento da doença.

Tabela 6. Conhecimento sobre a dieta do paciente com Diabetes Mellitus.

	Nível de conhecimento da dieta.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	0	0	3	10,71	25	89,28	28	100
Depois	18	64,28	5	17,85	5	17,85	28	100

Fonte: levantamento.

Nossa avaliação sobre a dieta nesta tabela do paciente diabético quase desconhecem do valor da mesma. 25 pacientes (89,28%) depois das palestras os pacientes melhorarem 18, deles (64,25%) foi bom. O resto foi avaliado como regular 5 (17,85%), 5 ruim (17,85 %). Por isso em nosso trabalho garantimos que cada um dos pacientes conscientize-se da importância da dieta em paciente diabético. Na bibliografia consultada ²⁰, fala neste caso, da área de maior dificuldade foi a relacionada com a dieta. Todos os estudos revisados mostram que os conteúdos relacionados com a dieta são os mais difíceis de assimilar pelos pacientes. Diferentes autores ressaltam que é difícil incorporar os conhecimentos relacionados com a área da dieta, o qual está dado fundamentalmente por padrões inadequados já estabelecidos pelos pacientes, o qual leva a um trabalho mais profundo e sistemático, para mudar a nível cognitivo e depois a conduta e hábitos.

Tabela 7. Prática e conhecimento da importância do exercício físico em pacientes com Diabetes Mellitus.

	Nível de conhecimento do exercício físico.							
	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	0	0	0	0	28	100	28	100
Depois	20	71,42	3	10,71	5	17,85	28	100

Fonte: Levantamento.

Em nossa avaliação a atividade física nesta tabela não contava, pois 28(100%) avaliou de ruim,depois das palestras 20 pessoas (71,42%) foram bom, 3 (10,71%)regular ,e 5 (17,85%) ruim. Isso mostra a importância da atividade física para o paciente diabético. Na bibliografia consultada ¹⁸, aborda a influência da atividade física para garantir níveis de glicose em sangue normais ¹⁹, também avalia os resultados da atividade física. Entre os principais resultados se encontra um aumento significativo dos conhecimentos sobre a enfermidade e uma diminuição do peso corporal, dos sintomas clássicos da enfermidade e da quantidade diária de hipoglicemiantes orais. ²⁶ Nesta bibliografia avaliam os resultados dos conhecimentos dos exercícios físicos depois da intervenção educativa. Encontrou-se um aumento significativo dos conhecimentos sobre a enfermidade e a diminuição do peso corporal, dos sintomas clássicos da enfermidade e da dose diária de hipoglicemiantes orais assim mostrou em nosso trabalho o valor do conhecimento do exercício físico para a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os que amamos nosso trabalho cada coisa que garante o conhecimento e bom, depois de sair de muitos dias de pensar, preparação onde oferecíamos ferramentas para o desenvolvimento de uma tarefa linda pero difícil, educar o povo carente de conhecimentos para enfrentar uma doença que pouco a pouco vai debilitar afetando aparelhos e sistemas,sem que a pessoa saiba o que acontece ,sem que ninguém,fique interessado em como enfrentar, e como parar aquilo, vai dar daqui a pouco a perda da capacidade de uma pessoa e quem sabe ate a morte.

Entendemos que nosso trabalho é só o começo de um caminho muito longe, mas começar é muito importante e marca o caminho a seguir.

Podemos falar que nosso trabalho deu bons resultados.

Em minha área de abrangência a Diabetes Mellitus se manifesta com a maior incidência depois dos 40 anos predominando o sexo masculino e a raça mestiça foi a mais propensa de padecer da doença.

Para avaliar o grau de conhecimentos de nossa população doente fizemos um programa educacional e os resultados obtidos foram:

-mas de 53,57% foram avaliados de bom, depois do programa relacionado com os conhecimentos dos fatores de risco da Diabetes Mellitus,melhorando

significativamente de acordo a possibilidade da população. onde ninguém conhecia os riscos.

- quando avaliamos os conhecimentos dos sintomas da Diabetes Mellitus depois do programa foi de 46,42%, ainda baixo, mas antes do programa foi ruim com 64,28%, por isso garantimos com nosso trabalho um caminho aberto para o desenvolvimento de nossas estratégias para melhorar a saúde dos pacientes.

-os conhecimentos dos pacientes do tratamento foram ruins. Após o programa foi avaliado e melhorou para 57,14%; garantindo assim mais da metade para nosso trabalho foi bem mostrando que o ensino pode ajudar a terapêutica dos pacientes porque assim conhecem o funcionamento e porque é importante.

-a dieta parte importante para garantir a compensação da doença mais de 89,28% desconhecia, agora depois do programa mais de 64,28% foi avaliada de bom e para nosso trabalho foi uma mudança importante.

-o exercício físico sua prática no início foi ruim. Depois do programa deu certo porque mais de 71,42% aceitaram que atividade física é bom para saúde, mais ainda para a Diabetes Mellitus .

Nosso trabalho mostra como a educação em saúde é uma ferramenta fundamental para garantir o desenvolvimento de novas estratégias para este programa educativo, assim como as orientações mais gerais para sua aplicação na Atenção Primária em Saúde, a fim de contribuir a sua aplicação efetiva e uniforme nos serviços. Conscientes de que em cada ato de cuidar está implícita a necessidade de ensinar a cuidar que só aquele que aprende a cuidar poderá alcançar uma boa qualidade de vida. Educar o paciente e habilitá-lo com os conhecimentos e destrezas necessárias para afrontar as exigências do tratamento, assim como promover a motivação e os sentimentos de segurança e responsabilidade para cuidar diariamente de seu controle, sem afetar sua auto-estima e bem-estar geral.

Os objetivos da educação terapêutica são, de maneira geral, assegurar que o paciente e sua família recebem uma adequada educação como parte de seu tratamento.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes–2013. *Diabetes Care* 2013 29 (Suppl 1): S4-42.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 29 (Suppl 1) S-43-S48, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes *Mellitus*: hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p
6. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2003; 27(Suppl 2): S14-S16. <http://www.Diabetes.ca2>.
7. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes – 2002 – Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellito e Tratamento do Diabetes Mellito do Tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2002.
8. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with tepe 2 Diabetes (UKPDS 34). UK Prospectiva Diabetes Stude (UKPDS) Group. *Lancet* 1998; 352:854-865.
9. Guías ALAD de Diagnóstico, Control e Tratamento de La Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latino-americana de Diabetes (ALAD). *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, Edición Extraordinária – Suplemento nº1 – Año 2000.
10. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Tepe 2 Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2005. Disponível em: <http://http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=B7462CCB-3A4C-472C-80E4-710074D74AD3>. Acesso em 8 de Julio de 2006.

11. Intensive Blood Glucose Control With Sulphonylureas or Insulin Compared With Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients With Type 2 Diabetes. UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS). Lancet 352:837-853, 1998.
12. Posicionamento Oficial 2004: A Importância da Hemoglobina Glicada (A1C) Para a Avaliação do Controle Glicêmico em Pacientes com Diabetes Mellitus: Aspectos Clínicos e Laboratoriais. Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada – A1C. Associação Latino-Americana de Diabetes (ALAD), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (FENAD) – Brasil, 2004.
13. World Health Organization. Technical report: Definition and diagnosis of Diabetes Mellitus and impaired glucose regulation. Geneva: OMS, 2006 (no prelo).
14. Hutchinson A, McIntosh A, Peters J, O’Keeffe C, Khunti K, Baker R, et al. Effectiveness of screening and monitoring tests for diabetic retinopathy: a systematic review. Diabet Med. 2000;17(7):495-506
15. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Diabetes Mellitus Tipo 2: Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2010.
16. GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria (Org.). Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo: SBD, 2009.
17. GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001.
18. García R, Suárez R. La [educación](#) en personas con Diabetes Mellitus en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Endocrinol. 2007; 18(1)
19. García González R, Suárez Pérez R. Resultados de un seguimiento educativo a personas con Diabetes Mellitus tipo 2 e sobrepeso u obesidad. Rev Cubana Endocrinol. 2003; 14(3).
20. Lazcano G, Rodríguez M, Guerrero F. [Eficacia](#) de la educación en el control de la glicemia de pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Méd. 1999; 37(1):39-44.
21. Suárez Pérez R, García González R, Aldana D. Resultados de [la educación](#) de [proveedores](#) de salud e pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol. 2000; 11(1):31-40.
22. García R, Suárez R. Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. Patient Educ Couns. 1996;29:87-97.
23. Suárez R, García R. Capacitación de los educadores en Diabetes. Realidades e perspectivas en Cuba. Rev Asoc Latinoam Diabetes. 1998;6:87,C-63.

24. Faget Cepero O. Diabetes Mellitus, un problema de salud. Avances Méd de Cuba.2000; (23): 19.

25. García R, Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral del paciente diabético. La Habana:Unidad de Análisis e Tendencias en Salud;1997.p. 1-2.

26. García R, Suárez R. Resultados cubanos del programa latinoamericano de educación a pacientes diabéticos no insulino dependientes (PEDNID-LA). Rev Cubana Endocrinol. 2001; 12(2):82-92.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário.

Caro paciente:

Com o objectivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabeticos na UBS II, no município de Vila Boa, uma investigação está sendo desenvolvida. Então pedimos sua colaboração. Os dados fornecidos por você serão processados por profissionais competentes e confiáveis. Agradecemos antecipadamente pela sua participação e colaboração no estudo.

01-Idade e sexo.

de 30 a 39 anos____.

de 40 a 49 anos____

de 50 a 59 anos____

de 60 acima ____.

Sexo:

Feminino ____.

Masculino ____.

02-Raça:

2.1 Branco ____.

2.2 Negro ____.

2.3 Parda ____.

2.4 Amarela ____.

2.5-Indígena ____.

Conhecimento dos fatores de risco da Diabetes Mellitus:

Marque com um X a alternativa que considerar verdadeira.

3.1. História familiar de Diabetes Mellitus ___.

3.2. Hábitos tóxicos ____.

3.3 Obesidade ____.

3.4 Artrose ___.

3.5. Colesterol alto ____.

3.6 Anemia ____.

4. Você sabe os sinais e sintomas de Diabetes Mellitus? Marca com um x:

4. 1 Perda de peso ____ .

4. 2 Muito apetite ____.

4. 3 Sede ____.

4. 4 Urinar muito ____.

4. 5 Coseira vaginal ____ .

4. 6 Feridas que não sana ____.

4. 7 Fraqueza ____.

5. O que deve fazer um paciente con Diabetes Mellitus com o tratamento? Marca com um x:

5. 1 Trocar o medicamento ____.

5. 2 Suspende o medicamento se não tem sintomas ____.

5. 3 Cumprir o tratamento diário indicado pelo médico ____.

5. 4 Controlar com dieta se não tiver GLICEMIA ALTA ____.

6. A dieta do diabetico exige: marca com um x:

6. 1 Comer com baixo nível de açúcar ____.

6. 2 Comer só uma vez ao dia ____.

6. 3 Comer com pouco sal e evitar gorduras ____.

7. O que deve fazer um paciente diabetico com relação ao exercício físico: marque com um x:

7. 1 Practicar exercício físico diariamente ____.

7. 2 Não fazer exercício físico ____.

7. 3 Realizar exercício físico intenso ____.

7. 4 Praticar exercício físico coletivo supervisionado ____.

Anexo 2. Programa educacional.

Atividade Nº 1

Assunto: Apresentação do Curso.

Tempo: 45 min.

Objetivo: Apresentar o curso.

Aprezentar os convidados.

Formar os subgrupos.

Verificar os conhecimentos.

Materiais: Lápis, folhas e pesquisa.

Técnica: debate com os participantes da assembleia.

Atividade Nº 2

Assunto: Aspectos gerais da Diabetes Mellitus.

Tempo: 45 min.

Objetivo: Aspectos gerais sobre Diabetes Mellitus.

Definir o conceito de Diabetes Mellitus, conhecer uso do glucometro como meio de controle de glicemia.

Material: Quadro-negro, giz, lápis e folha.

Técnica: Palestra educacional.

Atividade Nº 3

Assunto: Fatores de risco que afetam e favorecem a Diabetes Mellitus e complicações.

Tempo: 45 min.

Objetivo: Apresentar os fatores de risco da Diabetes Mellitus e complicações.

Material. Quadro-negro, giz, lápis e folha.

Técnica: Palestra educacional.

Atividade Nº 4

Assunto: Uso de hipoglicemiantes orais em a Diabetes Mellitus.

Tempo: 45 min.

Objetivos: Conhecer os efeitos benéficos e adversos dos hipoglicemiantes orais principais, e a importância para evitar as complicações

Material. Quadro-negro, giz, lápis e folha.

Técnica: palestra educacional, discussão grupal.

Atividade Nº 5

Assunto: Dieta saudável e os benefícios para o paciente diabético.

Tempo: 45 min.

Objetivos: Explicar o tipo de dieta em doentes diabéticos e a importância para manter níveis adequados de glicose e evitar complicações.

Material. Quadro-negro, giz, lápis e folha.

Técnica: palestra educacional, discussão grupal.

Atividade Nº 6

Assunto: Prática de exercício físico paciente diabético, os benefícios.

Tempo: 45 min.

Objetivos: Mostrar os vários tipos de exercícios físicos para diabéticos e a importância para garantir uma glicose adequada.

Material: roupa esportiva.

Técnica: palestra educacional, demonstração.

Atividade Nº 7

Assunto: Resumo do curso.

Tempo: 45 min.

Objetivos: Realizar um resumo das atividades.

Aplicar o levantamento.

Material. Quadro-negro, giz, lápis e folha.

Técnica: palestra educacional, PNI (positivo-negativo é interessante).

APÊNDICES

Apêndice A

Tabela 1: Cronograma das etapas do PI.

Etapas do PI.	Período de realização.
1. Análise Situacional.	31/03/2014 a 31/05/2014
2. Aspectos Introdutórios.	01/06/2014 a 01/08/2014
3. Análise Estratégica.	02/08/2014 a 15/09/2014
4. Implantação, Descrição e Avaliação da Intervenção.	16/09/2014 a 15/11/2014
5. Considerações Finais.	16/11/2014 a 31/01/2015

Apêndice B

Tabela 2: Cronograma das atividades realizadas.

Atividade educativa.	Data (Quarta)	Hora	Local
1. Apresentação do curso.	12/09/2014	8.00 Horas	UBS II
2. Aspectos gerais da Diabetes Mellitus	19/09/2014	8.00 Horas	UBS II
3. Fatores de risco que afetam e favorecem a Diabetes Mellitus e complicações.	26/09/2014	8.00 Horas	UBS II
4.. Uso de hipoglicemiantes orais em a Diabetes Mellitus.	03/10/2014	8.00 Horas	UBS II
5. Dieta saudável e os benefícios para o paciente diabético	17/10/2014	8.00 Horas	UBS II
6. Prática de exercício físico paciente diabético, os benefícios.	24/10/2014	8.00 Horas	UBS II
7. Resumo do curso.	31/10/2014	8.00 Horas	UBS II