

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABÍOLA RAMOS ANDRADE

ELABORAÇÃO DE PLANO EDUCACIONAL AOS USUÁRIOS PORTADORES DE  
DIABETES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAÚ DE MINAS-MG

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

FABÍOLA RAMOS ANDRADE

ELABORAÇÃO DE PLANO EDUCACIONAL AOS USUÁRIOS PORTADORES DE  
DIABETES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAÚ DE MINAS-MG

Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

FABÍOLA RAMOS ANDRADE

ELABORAÇÃO DE PLANO EDUCACIONAL AOS USUÁRIOS PORTADORES DE  
DIABETES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAÚ DE MINAS-MG

Trabalho apresentado para Conclusão de  
Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, do Núcleo de  
Educação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção de  
título de Especialista em Atenção Básica  
em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_ UFMG  
Prof. \_\_\_\_\_ UFMG  
Prof. \_\_\_\_\_ UFMG

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dedico a meus familiares e colegas.

Em especial a meu esposo Alessandro e meus filhos Júlia e Arthur que compreenderam e aceitaram minhas ausências.

Agradeço a **DEUS** que me sustenta dando saúde e força para chegar até aqui.

À minha querida mãe Maria que me ensinou a ser uma pessoa capaz de lutar sempre para conseguir alcançar meus objetivos.

“Competência em educar  
é mobilizar um conjunto de saberes  
para solucionar com eficácia uma série de situações”

PERRENOUD

## **Resumo**

O diabetes mellitus é uma doença crônica de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo, sendo considerado como um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi o de elaborar um plano educacional para os portadores de diabetes para um melhor acompanhamento do tratamento e conseqüente melhora da qualidade de vida. principal meta do aprendizado é treinar o portador de diabetes, a tomar decisões efetivas em seu autocuidado, tornando-se assim um gerente de seu próprio tratamento. Os pacientes receberão orientações básicas de acordo com um conteúdo programático por uma equipe multiprofissional envolvidos no processo, devem ser expositivas e práticas, com material didático adequado, uso de linguagem simples, recorrer a material audio-visual, cartazes e gravuras. Com um melhor conhecimento a respeito da doença o paciente diabético buscará uma melhor qualidade de vida, pois como resultado terá um melhor controle metabólico que é indispensável à prevenção das complicações agudas e crônicas da doença.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, Saúde Pública, Qualidade de Vida, Prevenção.

## **ABSTRACT**

Diabetes mellitus is a highly predominant chronic disease with elevated mortality rates in the world, being considered a public health problem. The objective of this study was to prepare an educational plan for the bearers of diabetes for a better attendance of the treatment and consequent improvement of life quality. The main objective of the apprenticeship is to train the diabetes bearer, by doing effective decisions in his self-care, becoming a manager of his own treatment. The clients will receive basic directions in accordance to a programmatical content by a multiprofessional team wrapped in the process, they must be expositive and practical, with appropriate educational material, simple language, counting on audiovisual material, posters and pictures. By knowing better disease, the diabetic patient will look for a better life quality because, as a result, he will have a better metabolic control that is essential to prevent sharp and chronicles complications of the disease.

Key-words: Diabetes mellitus, Public Health and Quality of Life, Prevention



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	10
<b>3. CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	12
<b>4. PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	14
<b>4.1 Levantamento de Dados</b> .....	14
<b>4.2 Elaboração do Plano Educacional</b> .....	14
4.2.1 Primeira etapa do plano educacional .....	15
4.2.2 Segunda etapa do plano educacional .....	16
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	18
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	19

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) que é próprio do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com a Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006) a ESF mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. É responsável pela Atenção Primária à Saúde da População, podendo resolver até 90% das demandadas à Unidade Saúde da Família (USF).

A prioridade da ESF, diz respeito à promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação. Apresenta como foco de atenção, o coletivo, entendendo que os indivíduos estão inseridos em contextos sociofamiliares, econômicos e culturais.

Nessa perspectiva compreende-se que o processo saúde/doença constitui-se socialmente, e como consequência, uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar impacto profundo e duradouro nesse processo (PORTARIA DE DIRETRIZES E NORMAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A organização da ESF configura-se de acordo com os seguintes passos (DUNCAN, et al., 2006):

- definição e Descrição do Território de Abrangência;
- adscrição de clientela;
- diagnóstico de Saúde da Comunidade;
- organização da demanda;
- trabalho em equipe de multiprofissional;
- enfoque da Atenção à Saúde da Família e da comunidade;
- estímulo à participação e controle social;
- organizações de Ações de promoção da saúde;
- resgate da medicina popular;
- identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário;
- monitoramento da situação de saúde no seu território de abrangência;
- educação permanente em saúde;

A autora desse trabalho é graduada em desde 1999, e desde então, optou por trabalhar na Atenção Básica em ESF, uma vez que se auto-identifica com sua atuação profissional com as propostas do programa que tem como principal foco, a promoção da saúde coletiva.

Na USF Celestina Alves Bandeira na cidade de Itaú de Minas em Minas Gerais, na qual a autora desse trabalho atua, são oferecidos grupos em educação em saúde para apoio aos pacientes portadores de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial/Diabetes. No entanto, observa que esses pacientes não se comprometem com os cuidados à saúde para o controle da sua própria doença, refletindo em uma baixa adesão aos grupos educativos.

Diante disso, o objetivo deste estudo, no curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi o de sistematizar um plano educacional em uma perspectiva multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo) para o tratamento dos pacientes diabéticos da USF de Itaú de Minas, tendo como meta o aprendizado do portador de diabetes para fazer decisões efetivas em seu autocuidado, e tornar-se um gerente de seu próprio tratamento.

## 2. JUSTIFICATIVA

Arduino (2002) considera importante os grupos de educação em saúde para pessoas portadoras de diabetes, pois apesar dos grandes avanços tecnológicos em relação ao diagnóstico e ao tratamento, um alto percentual delas não adere ao tratamento preconizado.

De acordo com Joslin (2001) promover a educação dos portadores de diabetes torna-se uma das possibilidades para conseguir reduções importantes das complicações e conseqüente melhoria da qualidade de vida. A educação para a saúde, feita por grupos, poderá ajudar, pessoas portadoras de diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo de doença. Nessa perspectiva Arduino (2002, p.396) afirma:

Educação é o processo de desenvolvimento das habilidades intelectuais, motoras e morais de uma pessoa, tem como objetivo uma melhor integração e adaptação pessoal e social, através de intervenções capazes de promover a manutenção, a aquisição ou a modificação de conceitos e atitudes.

Sendo assim, a educação para a saúde torna-se uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação, persistência e responsabilidade compartilhada de cada integrante da equipe de saúde com os pacientes. Essa responsabilidade compartilhada constitui-se parte essencial do tratamento - um trabalho em parceria entre os pacientes e os profissionais em prol da promoção da saúde.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo (CAIXETA, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (1996) o controle adequado da doença pode atenuar essas repercussões. Quanto a isso, sabe-se a extrema importância de o paciente diabético assumir maior responsabilidade no seu tratamento e isso pode se dar através de reuniões educativas oferecidas nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Para tal, torna-se necessário que o indivíduo seja mobilizado a informar-se sobre sua doença e suas complicações para que possa proceder a uma mudança de comportamento frente a ela. Torna-se importante, também que nós profissionais da área termos a consciência acerca da realidade do diabetes como um problema de saúde individual e coletiva.

A Enciclopédia da Saúde (2002, p. 396) explica sobre o porquê da importância da participação do paciente diabético em grupos educativos:

- O Diabetes é uma doença crônica que ainda não existe a cura. As pessoas com diabetes têm que conviver com essa doença por toda a vida.
- É indispensável à prevenção das complicações agudas e crônicas.
- É necessário capacitá-lo ao máximo para que o seu controle metabólico seja feito em regime ambulatorial.
- Somente as pessoas conscientizadas estão aptas a valorizar sua saúde e a tomar parte ativa no tratamento.
- Tratar um paciente diabético com êxito é tarefa grande demais para ser levada por um profissional isoladamente por mais competente e bem intencionado que esse profissional possa ser, é um trabalho a ser feito por uma equipe multiprofissional.

Segundo Griffiths (1957, p.15) “quando o processo educativo é usado na área da saúde, o fim visado é uma mudança de informações, atitudes ou comportamentos”.

Educar a população é uma das propostas da Estratégia de Saúde da família (ESF), para tal, há a necessidade de conhecer a cultura da região, suas crenças e tabus, as famílias e suas composições. Isso diz respeito, a essência da ESF, o vínculo que os profissionais da saúde criaram com a população é o primeiro passo para promovermos a saúde junto às mesmas.

### **3. CARACTERIZAÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA**

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, em longo prazo incluem: disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O DM tornou-se um problema de saúde pública. No Brasil, o diabetes está entre as dez maiores causas de morte e acomete pessoas de todas as idades e níveis socioeconômicos, existe um elevado nº de pessoas que são portadoras da doença e que ainda não foram diagnosticados. Atinge igualmente homens e mulheres e seu risco aumenta com a idade, a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais freqüente entre os pacientes diabéticos quando comparados à população geral. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução da sobrevida de diabéticos, sendo a causa mais freqüente de mortalidade (MANUAL DE DIABETES. BRASÍLIA, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002) a classificação do diabetes estabelece-se da seguinte maneira:

#### **O Diabetes tipo 1:**

A incidência do diabetes tipo 1 varia de 7 a 12 por 100.000 habitantes entre 0 a 14 anos. Geralmente tem seu início na infância ou na adolescência, estando associado a mecanismos auto-imunes ainda não bem definidos, como infecções viróticas e processos alérgicos.

O indivíduo apresenta poliúria, polidipsia, polifagia emagrecimento, mas, muitas vezes, o diagnóstico somente é feito em situação emergencial como o coma cetoacidótico.

#### **O Diabetes tipo 2:**

A prevalência é de 7,8% da população entre 30 e 69 anos, com freqüência muito maior do que a do tipo 1. Por ser assintomático na maior parte dos casos, costuma ser desconhecido em quase metade dos portadores.

Ocorre na idade adulta, depois dos 40 anos, tendo como fatores ambientais associados a obesidade, global ou localizada no abdome, a inatividade física, hipertensão arterial e dislipidemia.

#### **O Diabetes Pré-Gestacional:**

É diagnosticado previamente tipo 1, tipo 2 ou outros complicados pela gravidez.

Programas de educação devem incluir o controle de peso e da pressão arterial, a anticoncepção deve ser orientada, mulheres com risco para doença cardiovascular devem receber atenção especial.

A gravidez deve ser programada quando houver um bom controle metabólico, pois isto também irá prevenir malformações fetais (cardíacas, renais e do tubo neural).

#### **O Diabetes gestacional:**

Fatores de risco: idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal de macrosomia.

É indicado o rastreamento do diabetes gestacional para todas as gestantes com presença ou não de fatores de risco, para assim ter uma intervenção terapêutica precoce.

A alta taxa de morbimortalidade tem repercussões econômicas graves, não só pela morte prematura como também pela aposentadoria precoce, incapacitação para o trabalho decorrente das complicações crônicas e pelos custos associados ao seu tratamento, com inúmeras internações, levando o afastamento do trabalho a dificuldade de obtenção de emprego (SBD, 2002).

A falta de sistematização de um programa educacional, a inexistência de disciplinas que enfatizem a educação como “mudança de comportamento”, a falta de adaptação de linguagem a ser usado no momento das orientações, o descompromisso profissional, o analfabetismo, a insegurança, o medo, os costumes, as crenças e as dificuldades financeiras são fatores que irão interferir

no processo de educação. Podemos observar esse quadro em todas as ESF do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Há a necessidade de levar em conta as características dos pacientes como: psicológica, idade, escolaridade, sexo, profissão, costumes e religião, para assim poder planejar melhor um trabalho de educação que vá de encontro com os interesses do educando e os objetivos do educador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

#### **4. PLANO DE INTERVENÇÃO**

##### **4.1 Levantamento de Dados**

Foram coletados e analisados os dados de diagnóstico de saúde realizados pelos profissionais de saúde ESF de Itaú de Minas “Celestina Alves Bandeira”, referente ao período de janeiro/08 a dezembro/08.

O referido ESF possui em sua área 120 pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, 30% tipo 1 e 70% tipo 2. A área de abrangência conta com 3.200 pessoas cadastradas. O diabetes não sendo a 1ª doença em causa, mas com uma relevância significativa devido sua alta taxa de morbi-mortalidade.

Observou-se que os grupos educativos, até então, realizados pela ESF não tinham uma adesão significativa, pela falta de sistematização das ações e também um envolvimento multiprofissional.

Nota-se que há necessidade de planejar melhor esses grupos, com um plano de intervenção dentro da parte educativa, pois os pacientes diabéticos tem muitas dúvidas, temores e ansiedades a respeito de sua doença. As ações devem enfatizar aspectos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Nas reuniões, até então, realizadas pela ESF verificou-se uma adesão baixa com 30% de comparecimento.

##### **4.2 Elaboração do Plano Educacional**

O programa de educação proposto tem como objetivos informar, educar o paciente sobre a sua doença, para assim obter um melhor controle metabólico, melhorar a qualidade de vida, e até o entrosamento com outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas, havendo uma interação e troca de experiências.



O material didático utilizado deve ser adequado, uma linguagem simples para um bom entendimento do público alvo.

Materiais a serem utilizados: áudio-visual, cartazes e gravuras.

Os pacientes irão receber as orientações de acordo com o conteúdo programático em aulas expositivas e práticas, ministradas pelos profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e outros).

O plano educacional terá duração de 3 meses, com aulas semanais de 01h30min.

Todas as aulas serão iniciadas com dinâmica de grupo para um melhor entrosamento entre os participantes (AFONSO, 2006).

#### 4.2.1. Primeira etapa do plano educacional

Objetivo em curto prazo: Informar o paciente sobre o DM para um melhor êxito no tratamento e conseqüente melhora na qualidade de vida.

#### **Conteúdo Programático:**

1ª Reunião realizado pela enfermeira

- Abordagem sobre DM:

- conceituação;
- sintomatologia;
- fisiopatologia;
- etiopatogenia;
- fatores de risco;
- exames complementares;

2ª Reunião realizado pela nutricionista

- Educação nutricional:

- conceituação;
- importância da dieta;
- grupos de alimentos;

- lista substituições;
- fracionamento das refeições;
- alimentos dietéticos *diet e light*
- aprendendo a ler rótulos das embalagens;

#### 3ª Reunião realizado pela odontóloga

##### - Saúde Bucal

- cuidados com higiene bucal;
- técnica de escovação correta;
- complicações

#### 4ª Reunião realizado pela fisioterapeuta

##### - cuidados com o corpo:

- higiene física e mental;
- atividade física;
- cuidados com os pés;

#### 5ª Reunião realizado pela psicóloga

##### - Controle da ansiedade e estresse:

- técnicas de relaxamento;
- dicas para viver melhor e com saúde;
- medos e ansiedades em relação à doença;

#### 6ª Reunião realizado pela enfermeira/médico

##### - Insulinoterapia:

- abordagem sobre insulina;
- técnica de aplicação;

- técnica do preparo material;
- complicações quanto ao uso;
- rodízio na aplicação;

- Hipoglicemiantes orais.

7ª Reunião realizado pelo paciente diabético que teve grande adesão ao grupo

- Integrar o paciente no plano educacional para reforçar seus conhecimentos e dos outros pacientes;
- Compartilhar dificuldades encontradas;
- Compartilhar as mudanças ocorridas após o curso;
- Discussão sobre os temas abordados;

#### 4.2.2 Segunda etapa do plano educacional

Objetivo: avaliar os benefícios do grupo educativo, para uma melhora da qualidade de vida do paciente, a partir da avaliação individual realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, nutricionista, fisioterapeuta, odontólogo e psicólogo) quanto aos seguintes aspectos:

- Coleta de dados e avaliação de exames:

- evolução;
- intercorrência;
- complicações;
- tratamento;
- exame dos pés e das áreas utilizadas para auto aplicação de insulina (para quem faz uso);
- exame laboratorial de glicohemoglobulina para avaliação do controle glicêmico do paciente;
- verificação de glicemia, sinais vitais, pressão arterial e peso;
- preenchimento do HIPERDIA (Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus);

- fatores dificultadores e os facilitadores para a autonomia do paciente no processo de tratamento do Diabetes no contexto sociofamiliar.

Após a avaliação dos resultados, estabelecer um trabalho integrado dos profissionais envolvidos com os pacientes, nos grupos educativos para propiciar a conexão desses sujeitos aos programas psicossociais de saúde pública como: aulas de hidroginástica oferecidas pela prefeitura da cidade, caminhadas com a ESF que acontecem diariamente, bingos, passeios a lugares turísticos da cidade ou vizinhança oferecidos pela ESF, com vistas a participação em atividades sociais, escolares e laborais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança de comportamento da população como a dos diabéticos, não é uma tarefa fácil, gerando, insatisfação em nós profissionais, repetindo as mesmas orientações e nos deparando com as dificuldades de mudanças de hábitos dos usuários do serviço. No entanto, como foi observado, na experiência de trabalho na USF de Itaú de Minas, essas dificuldades dos pacientes no processo de mudanças se articulam as dos próprios profissionais de saúde que tendem a atuar isoladamente, e direcionados às ações curativas em detrimento das educativas e preventivas.

A ESF está se organizando para dar início ao plano educacional para o paciente diabético, para assim obtermos o resultado esperado: **a melhora da qualidade de vida do paciente portador de diabetes mellitus (grifo nosso)**. Trata-se de uma mudança de perspectiva dessa equipe multiprofissional com vistas a ser integradora e que valoriza a importância de compreender a pessoa em seu contexto de vida biopsicossocial o qual interfere na prática educativa - o que o outro precisa saber, e como se pode participar, desse processo educativo junto com o outro.

Portanto, ressalta-se que para uma melhora da qualidade de vida desses pacientes, os profissionais devem considerar a importância de conhecer o contexto histórico, socioeconômico e cultural que se constituiu o processo de adoecimento das pessoas e suas complicações à saúde, e a partir disso, criar as possibilidades para construção da educação coletiva em saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

Afonso MLM (org.) **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.255 p.

Arduino F. **Enciclopédia da Saúde /Diabetes Mellitus**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, volume 3.

Brasil. Portaria nº 648, de 28de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 de março 2006. Seção1, p.71.

Caixeta C. **As relações familiares e o processo de adoecimento em Diabetes tipo 2** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

Duncan, B B **Medicina ambulatorial - condutas de atenção baseadas em evidências** 3. ed. 2006.

Griffths W. **The educacional approach to health work**. California's 2001; 15.

**Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM):** Protocolo/Ministério da Saúde, 2001.

Joslin E P. **Manual do diabetes**. São Paulo: Rocca, 2001.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus** - Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde - Coordenação de Doenças Crônico Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília, 1996.

Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus** – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2002.

Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

Perrenoud F. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Sociedade Brasileira de Diabetes – **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes Mellitus tipo 2**, 2002.