



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



Milagros Cardenas Quintana.

Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso em pacientes Diabéticos no programa de saúde da família

Rio de Janeiro
2015

Dra. Milagros Cardenas Quintana

Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso em pacientes Diabéticos no programa de saúde da família

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. Patrícia Campos Elia.

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

O Diabetes mellitus (DM), constitui um sério problema de saúde pública pelos altos índices de morbimortalidade e custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações. As dificuldades dos pacientes diabéticos da área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), em aderir as ações não farmacológicas como parte essencial do tratamento, interfere negativamente no controle desta doença. O presente projeto tem como objetivo promover a adesão ao tratamento não farmacológico desenvolvendo ações educativas entre os pacientes diabéticos e profissionais da equipe, levando-os a obter reduções importantes das complicações e consequente melhoria da qualidade de vida. Depois da apresentação do projeto e formados os grupos de pacientes portadores de diabetes, as técnicas iniciais a serem utilizadas serão as entrevistas individuais, o instrumento de registro será o prontuário. Em uma segunda etapa serão feitos encontros com atividades educativas a respeito da doença, hábitos alimentares, prática de atividade física, cuidados com a visão e os pés. Mais tarde os pacientes serão reavaliados durante a consulta. Espera-se que o projeto possa trazer contribuições à prática de profissionais de saúde no acompanhamento clínico dos portadores de diabetes e, com isto aumente a adesão de comportamentos referentes ao tratamento não farmacológico.

Descritores: Diabetes mellitus; Adesão ao tratamento não farmacológico; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
1.1	Situação Problema	6
1.2	Justificativa	6
1.3	Objetivos	7
	Objetivo Geral	7
	Objetivo Específico	7
2.	REVISÃO DE LITERATURA	7
3.	METODOLOGIA	13
3.1	Desenho da Operação	13
3.2	Público-alvo	13
3.3	Parcerias Estabelecidas	15
3.4	Recursos Necessários	15
3.5	Orçamento	15
3.6	Cronograma de Execução	16
3.7	Resultados Esperados	17
3.8	Avaliação	17
4.	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM), doença crônica, de evolução lenta e progressiva, que afeta milhares de indivíduos mundialmente, constitui um sério problema de saúde pública pelos altos índices de morbimortalidade e custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações.

De acordo com dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF), em no mundo existem 371 milhões de pessoas com diabetes. No Brasil há 13,4 milhões de diabéticos (tipo 1 e 2). O país ocupa o quarto lugar no mundo em número de casos, ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos, respectivamente. Trata-se de um número alarmante, já que a estimativa para o ano 2030 era cerca de 12,7 milhões de brasileiros diabéticos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O tratamento do DM visa à manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, a terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. Por se tratar de uma doença crônica, que exige um tratamento prolongado, é necessário que se tenha uma excelente adesão do doente, de modo a inibir ou minimizar a evolução da doença. Assim, é de fundamental importância adotar algumas medidas, que conscientize e estimule o paciente diabético a prosseguir com o tratamento.

A pessoa com DM apresenta um risco para o desenvolvimento de graves complicações, de natureza aguda ou crônica, que somadas ao processo de envelhecimento, poderão afetar suas habilidades para o autocuidado, de forma transitória ou definitiva, o que ocasiona uma maior complexidade do regime terapêutico e maiores chances de baixa adesão ao tratamento.

São muitos os desafios frequentemente enfrentados na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde pela falta de adesão dos portadores de Diabetes ao tratamento não medicamentoso. Sendo assim surge a motivação para a realização deste projeto de intervenção, como parte do trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do SUS, com o objetivo de buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes.

Neste contexto, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia adequada para ensinar ao diabético sobre sua doença e os modos de viver melhor,

proporcionando-lhe oportunidades para expor dúvidas, dificuldades e acima de tudo conseguir os recursos e meios para se manter em tratamento.

1.1 Situação-problema

As dificuldades dos pacientes diabéticos da área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), em aderir as ações não medicamentosas propostas como parte essencial do tratamento, interfere negativamente no controle desta doença, fazendo se necessário mudanças no estilo de vida, como: perda de peso, mudanças alimentares, prática de atividade física, além de motivações individuais aos portadores de diabetes, na tentativa de obter um resultado satisfatório.

1.2 Justificativa

O Diabetes mellitus vem se tornando um dos principais problema de saúde no Brasil e há vários fatores que podem contribuir na problemática de adesão ao tratamento, como o desconhecimento sobre diabetes, a idade, o baixo poder aquisitivo para a adoção de uma dieta adequada e a baixa escolaridade.

A relevância da terapêutica não medicamentosa é indiscutível, pois, para a obtenção de um controle glicêmico, além a adesão terapêutica medicamentosa é fundamental a adoção de medidas dietéticas e modificações do estilo de vida , visando um bom controle metabólico e/ou a prevenção ou postergação das complicações crônicas advindas do diabetes.

Segundo o Ministério da Saúde são quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações. Ocorre grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores.

Sendo assim acredita se ser de grande importância a realização deste projeto, porque com a educação dos portadores de diabetes, é possível conseguir reduções importantes das complicações e consequente melhoria da qualidade de vida, porque entende se que a educação para a saúde, feita por grupos especializados, poderá ajudar os profissionais de saúde, pessoas portadoras de

diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo da doença. Como a educação para a saúde é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, é de responsabilidade de cada integrante da equipe de saúde. Como parte essencial do tratamento, constitui-se num direito e num dever do paciente e dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

- Melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso em o grupo de pacientes portadores de Diabetes mellitus da área de saúde de Piaçu - Muniz Freire do estado Espírito Santo.

- *Objetivos específicos*

- Desenvolver atividades educativas entre os pacientes diabéticos e profissionais da equipe de saúde para o estímulo da adesão ao tratamento não farmacológico.
- Avaliar o nível de conhecimentos sobre Diabetes e estilo de vida antes e após as intervenções.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes mellitus.

É cada vez mais significativa a proporção epidêmica que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm alcançando em todo o mundo, afetando indivíduos de todas as faixas etárias, nacionalidades e classes sociais, ocasionando morbidades e mortalidade, sendo resultado de diversos fatores, como as mudanças sociais, políticas e econômicas, aumento da expectativa de vida, alimentação inadequada, uso de tabaco e diminuição da atividade física (DIAS; CAMPOS, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, as DCNT têm se tornado prioridades em grande parte dos países, devido ao impacto na morbimortalidade e aos altos custos ao sistema de saúde. Dentre estas, o Diabetes mellitus (DM) vem se apresentando como uma das principais ameaças à saúde humana no século XXI,

com grandes impactos na saúde da população devido ao aumento de sua incidência (BRASIL, 2009). Tal doença como condição crônica, vem sendo o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, comumente, tem sido associada à hipertensão arterial, a qual constitui outro importante fator de risco para doenças crônicas.

Estima-se um aumento de 35% na prevalência da doença. No caso do Brasil, no ano 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de DM (4,6 milhões), estimando-se que ocupará a sexta posição em 2030. A prevalência crescente de DM está diretamente relacionada a fatores como o envelhecimento populacional, crescentes índices de obesidade, mudanças alimentares e no estilo de vida, com aumento da ingestão de gorduras, açúcares, além do sedentarismo (CODOGNO et al., 2012).

O DM é uma desordem metabólica que possui etiologia múltipla, apresentando por característica hiperglicemia crônica, originada por alterações na secreção ou ação da insulina, ocasionando redução da captação de glicose pelos tecidos periféricos (FERREIRA et al., 2011).

O DM é classificado de acordo com fatores etiológicos em duas categorias: o Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), causado por uma deficiência absoluta de secreção de insulina, identificada por evidências sorológicas de um processo patológico autoimune; e o Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), ocasionado por uma combinação de resistência à ação da insulina e resposta secretora de insulina compensatória inadequada, sendo suficiente para alterações funcionais em vários tecidos (RUBIN et al., 2011).

Após a alteração do critério de diagnóstico de Diabetes mellitus através da American Diabetes Association (ADA), em 1997, posteriormente aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), foram estabelecidos os seguintes critérios para o diagnóstico de DM:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste no outro dia.

- Glicemia de 2 horas pós- sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl.

Existe, ainda, um grupo intermediário de indivíduos em que os níveis de glicemia não preenchem estes critérios para o diagnóstico de DM, sendo consideradas as categorias de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída, e são apresentados: - Glicemia de jejum alterada (glicose de jejum acima de 100 mg/dl e abaixo de 126 mg/dl); - Tolerância à glicose diminuída (quando, após uma sobrecarga de 75 mg/dl de glicose, o valor de glicemia de 2 horas se situa entre 140 e 199 mg/dl).

É válido salientar que o jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas (SBD, 2007).

Para Beebe e O'Donnell (2001 apud SMELTZER e BARE, 2005, p. 1239), os diabéticos devem ter uma vida de comportamentos especiais autogerenciados e aprender a equilibrar múltiplos fatores, como a dieta, a atividade física, estresse físico e emocional que afetam o seu controle pessoal. Devem, ainda, adquirir habilidades de autocuidado diário para evitarem as flutuações agudas na glicose sanguínea; também devem incorporar no estilo de vida muitos comportamentos preventivos para evitar complicações do diabetes a longo prazo.

Uma das preocupações do Ministério da Saúde e medida de controle do Programa de controle do diabetes é promover a formação e o aperfeiçoamento de profissionais que atuam na rede de atenção básica, de modo a estimular e aprimorar o desenvolvimento de ações e atividades de apoio, e realização do auto cuidado pelo portador de diabetes (BRASIL, 2009).

Programa Saúde da Família visa atender o indivíduo de forma integral e educativa, com um modelo de atenção que pressupõe a saúde como um direito à cidadania que é expressa em melhores condições de vida. Os grupos realizados pelo PSF visam também esse direito ao cidadão, proporcionando-lhes mais condições de sanar suas dúvidas quanto à patologia que são acometidos e como forma de prevenir-se das demais complicações adversas.

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para modificar o estilo de vida (MEV) (NATHAN et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011). Uma revisão recente mostra que diversos ensaios clínicos sobre programas intensivos para MEV em pessoas com DM tipo 2 que obtiveram melhora em desfechos como glicemia, HbA1C e peso corporal, foram apoiados com estratégias cognitivo-comportamentais (SPAHN et al., 2010).

A revisão mostra ainda que a entrevista motivacional, uma estratégia que visa desencadear mudança de comportamento auxiliando a pessoa a explorar e resolver a ambivalência na mudança aumenta a aderência a recomendações e melhora desfechos como controle glicêmico e perda de peso. É importante também instruir as pessoas sobre sua doença e as formas de enfrentá-la para obter o melhor desfecho possível.

A dificuldade do usuário em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou MEV de vida de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica. Estima-se que apenas 1/3 dos usuários de saúde tem adesão adequada ao tratamento (VALLE et al., 2000).

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

O risco de desenvolver complicações crônicas graves é muitas vezes superior ao de pessoas sem diabetes 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para infarto agudo do miocárdio (IAM) e 2 a 3 vezes para Acidente Cerebral Vascular (AVC) (DONNELLY, 2000).

A patogenia dessas complicações ainda não está totalmente esclarecida. A duração do diabetes é um fator de risco importante, mas outros fatores como hipertensão arterial, fumo e colesterol elevado interagem com a hiperglicemia, determinando o curso clínico da micro e da macroangiopatia (DONNELLY, 2000).

A implementação simultânea de medidas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de controlar a hiperglicemia, a hipertensão, a dislipidemia e a microalbuminúrica, quando comparada a intervenções tradicionais, foi eficaz na redução de várias complicações do diabetes tipo 2, em um acompanhamento de 7 a 8 anos, reduzindo em 53% o risco de doença

cardiovascular, em 58% o desenvolvimento de retinopatia, em 61% a incidência de nefropatia e em 63% de neuropatia autonômica (GAEDE, 2003).

2.2 Adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios (WHO; 2003).

1) Concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento.

2) Adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte.

3) Manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

No entanto, a falta de adesão ao tratamento é observada mundialmente. Em países com alto grau de desenvolvimento, cerca dos 50 % das pessoas com diabetes não aderem ao tratamento. Acreditasse que, em países com menos desenvolvimento, as taxas são ainda maiores (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2003).

A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente, pode contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos. Segundo estudo desenvolvido (Assunção et al. 2008), apenas 25% dos pacientes diabéticos que receberam orientações quanto a prática de atividade física realizaram algum tipo de atividade; e dos pacientes que receberam orientações quanto à dieta, apenas metade seguiu as recomendações. Outro estudo realizado (Assunção et al., 2008) verificou que cerca de 53% dos pacientes relataram ter feito dieta nos últimos quinze dias, 10% não estavam fazendo nenhum tipo de tratamento e 26% afirmaram usar apenas medicamento no tratamento da doença.

Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes. Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento.

O relacionamento com a família constitui um aspecto de muita importância no que se refere ao manejo do DM. Estudos têm demonstrado que baixos níveis de conflito, altos graus de união e organização, além de uma boa comunicação, estão associados a um melhor regime de adesão (DELAMATER et al.; 2001). Segundo Leite e Vasconcellos (2003) certas atitudes da equipe médica como: linguagem, tempo dispensado para a consulta, respeito com as verbalizações e dúvidas dos pacientes, são fatores citados na literatura como importantes para a adesão, a prescrição e recomendações médicas.

Ao considerar a política atual do Ministério da Saúde, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram criadas as condições para a reorientação do modelo de atenção em saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência. As ações de saúde implementadas pelas equipes da Saúde da Família têm possibilitado incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, como a falta de adesão ao tratamento em DM.

No entanto, ainda há carência de estudos de avaliação que permitam conhecer os resultados auferidos pelo modelo de atenção à saúde em relação às porcentagens de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em Unidades de Saúde da Família.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

A intervenção será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família Piaçu I localizada no território de Piaçu, zona rural do município Muniz Freire - Espírito Santo. A equipe atende uma população de 2.978 habitantes, distribuídos em 9 micro áreas. Serão beneficiados o total de pacientes adultos, diabéticos, cadastrados e acompanhados na Equipe da Estratégia de Saúde da Família, que representam um total de 120 pacientes, deles 13 insulino dependentes.

3.2 Desenho da operação

Etapa I

Será feita uma reunião com todos os membros da equipe para apresentar o Projeto de intervenção assim como o cronograma das atividades.

Serão formados vários grupos de pacientes diabéticos cada uno com um total de 15 pacientes, adultos ou idosos, de ambos os sexos, pois se entende que um grupo não pode ser muito grande para não dificultar as estratégias a serem desenvolvidas e para melhorar o aprendizado de cada participante.

As técnicas iniciais a serem utilizadas neste projeto de intervenção serão as entrevistas individuais com os pacientes, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas à terapêutica não farmacológica, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas. Neste momento será avaliado o grau de satisfação desses pacientes ao atendimento realizado pela equipe de saúde em questão.

As entrevistas individuais acontecerão semanalmente no dia do atendimento aos portadores DM, com duração de 15 a 20 minutos, em cronograma semanal já estabelecido no posto. O instrumento de registro utilizado na entrevista será o prontuário do paciente e neste terão dados, como: hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de medicamentos, e serão mensurados a glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e estatura para cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC).

Um dia após as entrevistas com os pacientes serão realizadas reuniões com a Equipe Saúde da Família (ESF), que também serão semanais. Durante essas reuniões serão consideradas as questões de maiores necessidades apontadas pelos próprios pacientes, assim como as necessidades da equipe saúde da família, reavaliando nossas ações, na tentativa de aperfeiçoarmos nossas práticas, no intuito de melhor atendermos os pacientes portadores de DM. No dia das reuniões serão realizados treinamentos com ESF para aperfeiçoamento da acolhida desses pacientes.

Etapa II

Posteriormente serão agendados encontros em grupo, que servirá como sessões educativas, com os portadores de DM. A periodicidade destes encontros será semanal e cada um terá uma duração de 60 minutos e os temas a serem abordados serão direcionados ao autocuidado, como: O significado de diabetes para o portador da enfermidade; O uso correto das medidas preventivas voltadas para o autocuidado referentes a hábitos alimentares, prática de atividade física, cuidado com a visão e os pés; Ilustração de pacientes com sequelas de DM, através de vídeos; Atividades lúdicas em ambiente propício à execução de atividade física.

Será utilizada linguagem adequada para que todos os participantes possam entender o conteúdo exposto. Haverá a participação de equipe multiprofissional: médico e enfermeira do PSF, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. Cada profissional será responsável por um ou mais assuntos e, pretende-se em cada encontro, estimular a participação dos diabéticos para identificar suas dúvidas.

Etapa III

No final dos encontros, cada participante será agendado para a consulta e avaliação das intervenções, de acordo com o cronograma de atendimento.

Conhecendo-se a relevância da realização de trabalhos que melhorem a qualidade de vida e saúde das pessoas com diabetes, após ter efetivado as ações planejadas, será feita uma reunião com a equipe multiprofissional para avaliar os resultados e sim os objetivos serão alcançados de forma satisfatória.

3.3 Parcerias Estabelecidas

O projeto conta com o apoio da escola do território que tem uma área favorável para as intervenções relacionadas com a prática de atividade física.

3.4 Recursos Necessários

- Recursos materiais: Material de escritório como papéis, canetas; computador, retroprojetor, pendrive, transparências e outros recursos cabíveis; Cartazes informativos a respeito da Diabetes mellitus, suas causas e complicações; Painéis com fotos ilustrativas, visando facilitar a transmissão e a interação do educador e o educando. Vale ressaltar que as palestras serão realizadas na sala de educação em saúde da unidade Básica de Saúde.
- Recursos humanos: pacientes cadastrados e acompanhados na Equipe da Estratégia de Saúde da Família, assim como a equipe multiprofissional: médico e enfermeira do PSF, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico.

3.5 Orçamento

Recursos	Valor estimado	Quantidade total
Material de escritório	\$ 30.00	\$ 30.00
Lanches	\$ 20.00	\$ 60.00

3.6 Cronograma de execução

E T A P A S	AÇÕES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO					
		2015					
		Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
I	Reuniam com os membros da equipe para apresentar projeto	X					
	Formação dos grupos	X					
	Entrevistas individuais	X	X				
II	Compreender e explicar o significado de Diabetes para o portador da enfermidade (Enfermeira do PSF).			X	X		
	Orientar sobre o autocuidado referente à alimentação saudável (Nutricionista).			X	X		
	Orientar sobre o autocuidado referente à visão e pés; - Apresentar vídeos sobre sequelas de Diabetes (Fisioterapeuta).			X	X		
III	Consulta de avaliação			X	X	X	X
	Reunir a equipe multiprofissional e analisar os resultados obtidos						X

3.7 Resultados esperados

Espera-se que o projeto possa trazer contribuições à prática de profissionais de saúde no acompanhamento clínico dos portadores de diabetes e, com isto aumente a adesão de comportamentos referentes ao tratamento não farmacológico. Pretende-se, ainda, fortalecer e ampliar o nível de conhecimento do grupo de diabéticos, enfatizando a continuidade desta intervenção como forma de contribuir para a ampliação de estratégias para estimular a adesão ao tratamento em diabetes. Destaca-se a educação da pessoa com diabetes, como um aspecto fundamental do cuidado na obtenção do controle da enfermidade e, assim, prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, ajudando-os na promoção da qualidade de vida.

3.8 Avaliação

Com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de Intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, será realizada uma avaliação das intervenções através do prontuário do cliente, a cada semestre. Durante este processo, os portadores de diabetes serão reavaliados durante a consulta quanto a hábitos alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e dados como a mensuração da glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Em seguida, os resultados serão analisados pela equipe multiprofissional e posteriormente para apreciação e/ou sugestões das ações.

4. CONCLUSÃO

O presente projeto pode ser de muita importância para os profissionais da ESF no acompanhamento dos pacientes diabéticos. Com o desenvolvimento das atividades educativas os pacientes terão alcançado um maior conhecimento sobre a sua doença e uma melhor qualidade de vida; poderão ser modificadas condutas que favorecem um estilo de vida mais saudável, e por conseqüente um melhor controle glicêmico como estratégia para prevenir a aparição de complicações.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 34, Suppl. 1, p. S11–61, 2011.
2. ASSUNÇÃO. TS; URSINE, P,G,S. Estudo de fatores associados a adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência de Saúde Coletiva*, v.13 sup 2, p2189-2197 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900024&script=sci_arttext. Acesso em: 29 Dez, 2014.
3. CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 6-11, 2012.
4. DIAS, J.C.R.; CAMPOS, J.A.D.B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 239-44, 2012.
5. DONNELLY, R. et al. ABC of arterial and venous disease: vascular complications of diabetes. *BMJ*, [S.I.], v. 320, n. 7241, p. 1062–1066, 2000.
6. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. *Informes Técnicos Institucionais. Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009.
7. GAEDE, P. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, [S.I.], v. 348, n. 5, p. 383–393, 2003.
8. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.

9. NATHAN, D. M. et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 353, n. 25, p. 2643–2653, 2005.
10. RUBIN, O.; AZZOLIN, K.; MULLER, S. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 44, n. 4, p. 367-76, 2011.
11. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: doença crônica. Tradução de Brunner, L. S.; Suddarth, D. S. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 154-163.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora; 2007.
13. SPAHN, J. M. et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of The American Dietetic Association*, [S.l.], v. 110, n. 6, p.879–891, 2010.
14. SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, 2010.
15. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Junior AC. A adesão ao tratamento. *Rev Bras Clín Ter.* 2000;26(3):83-6.
16. World Health Organization(WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.