

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

SUNIA MARIA DE LA TORRE GARCIA

**EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIÁ - MG: MELHORA
METABÓLICA E GANHO NA QUALIDADE DE VIDA.**

IBIA/MG
2016

SUNIA MARIA DE LA TORRE GARCIA

**EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIÁ - MG: MELHORA
METABÓLICA E GANHO NA QUALIDADE DE VIDA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de especialização em Atenção Básica da família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Profa. Ms. Sara Franco Diniz Heitor

**IBIA/MG
2016**

SUNIA MARIA DE LA TORRE GARCIA

**EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM DIABETES MELLITUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIÁ - MG: MELHORA
METABÓLICA E GANHO NA QUALIDADE DE VIDA.**

Banca examinadora:

Prof^a Ms Sara Franco Diniz Heitor – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –
UFTM (orientador)

Prof^a Dr^a Emiliane Silva Santiago - Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT.
(examinador)

Aprovada em Belo Horizonte: __/__/__

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Irma, filha, pelo amor e compressão nesta nobre profissão.

A equipe de saúde da família da UBS-Jose Ribeiro, pelo apoio oferecido.

A meus colegas Ines Mogena, Tamayo, Marieta Armas Perez e Francisco Gomez Liriano, pelos momentos de trabalhos compartilhados.

A todos aqueles que se comprometem verdadeiramente com a Atenção Primária de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por nos ter dado força de vontade.

Aos meus pais pela contribuição que deram na minha formação, serem a fonte de inspiração, a força e a motivação para continuar nesta caminhada.

A meus filhos, que fazem de minha vida uma luta por a superação constante.

Aos amigos e professores brasileiros e colegas cubanos, agradecemos toda a compreensão e o respeito e dedicação ao curso.

A nossa tutora por compartilhar conhecimentos e nos direcionar aos objetivos propostos.

A todos, um muito obrigado.

“Diga-me e esquecerei. Mostre-me e lembrarei. Envolve-me e entenderei”.

Confúcio.

RESUMO

Nos dias atuais, as mudanças na alimentação e nos hábitos de vida têm sido uma grande preocupação para a área da saúde, pois se observa o aumento do sedentarismo e da alimentação inadequada, o que pode provocar ou agravar doenças como o Diabetes Mellitus (DM). Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção com vistas à prevenção, controle e tratamento do Diabetes Mellitus. Na construção deste trabalho, realizou-se inicialmente uma pesquisa bibliográfica para subsidiar a elaboração do plano. O DM é uma enfermidade, que se não diagnosticada e tratada corretamente, acarreta uma série de consequências como cegueira, cardiopatias, amputação, entre outras. Além disso, seu tratamento é complexo e exige cuidado e disciplina. Por esse motivo, a importância de um trabalho educativo, buscando o controle e tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus. Com esta pesquisa, pode-se observar que foi importante a abordagem educativa por meio de projetos e informações para os diabéticos e a população em geral. A melhoria do atendimento também contribuiu muito para os participantes, pois nas reuniões e nas atividades desenvolvidas, os diabéticos participaram ativamente, e os relatórios mostraram melhoria no estado de saúde e no atendimento dos mesmos.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Nowadays, the changes in diet and lifestyle habits have been a major concern for the health, as we observe the increase in physical inactivity and poor nutrition, which can cause or aggravate diseases like Diabetes Mellitus (DM) . This research aimed to develop an action plan aimed at prevention, control and treatment of diabetes mellitus. In the construction of this work was held initially a bibliographical research to support the development of the plan. The DM is a disease that is not diagnosed and treated properly, entails a number of consequences such as blindness, heart disease, amputation, among others. In addition, treatment is complex and requires care and discipline. For this reason, the importance of educational work, seeking the control and treatment of patients with Diabetes Mellitus. With this research, it can be observed that the educational approach through projects and information for people with diabetes and the general population was important. Improving care also contributed greatly to the participants, as in meetings and activities developed, diabetics participated actively, and reports showed improvement in health status and care of them.

Keywords: Health Education; self-care; Diabetes Mellitus.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência dos diabéticos participantes, de acordo com o sexo....	21
Tabela 2 -	Distribuição dos diabéticos participantes, conforme faixa etária.....	22
Tabela 3 -	Nível de escolaridade dos diabéticos participantes.....	22
Tabela 4 -	Distribuição dos diabéticos participantes, de acordo com a ocupação.....	23
Tabela 5 -	Frequência dos fatores de risco, doenças associadas e etnia nos diabéticos participantes.....	23
Tabela 6 -	Frequência dos diabéticos participantes, conforme medicamentos utilizados para controle glicêmico.....	24
Tabela 7 -	Causas de descontrole da Diabetes Mellitus.....	25
Tabela 8 -	Frequência do controle glicêmico nos casos estudados antes e depois da intervenção.....	26

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de risco
FID	Federação Internacional de Diabetes
AH1c	Hemoglobina Glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde de Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	17
5 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO.....	31
APÊNDICE.....	32

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica, resultado de uma deficiência e incapacidade funcional das células beta pancreáticas, insuficiência na ação da insulina, com uma etiologia diversa, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios metabólicos dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BANCO MUNDIAL, 2005).

O aumento na incidência do DM é atribuído a vários fatores: envelhecimento da população, crescente prevalência de sedentarismo, do excesso de peso, e inadequações dietéticas, como a substituição dos alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados (PAIVA, 2006).

Segundo estudos epidemiológicos da Sociedade Brasileira de Diabetes, o DM é uma epidemia mundial. Estimava-se que em 1985 existissem 35 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). Já a Federação Internacional de Diabetes (FID), projeta que no ano de 2030, 439 milhões de pessoas serão diabéticas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2007).

O DM é crescente especialmente nos países em desenvolvimento, e entre os mais jovens (45-65 anos), ou seja, na faixa etária mais produtiva. Já nos países desenvolvidos, a maioria dos diabéticos já fará parte da população idosa (65 anos ou mais) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007; WILD *et al*, 2004).

No território brasileiro, a mortalidade por DM aumenta com o avançar da idade. As taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) variam de 0,58 para a faixa etária de 0-29 anos, até 181,1 para 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente superior de 300 vezes (SZWARCOWALD *et al*, 2006).

E muito importante que os pacientes diabéticos sejam orientados quanto às mudanças positivas no estilo de vida, sobre como balancear dieta, a prática de exercícios físicos regulares, que conheçam os fatores riscos, técnicas de autocuidado, efeitos dos medicamentos, recebam orientação especial para evitar erros de dose de hipoglicemiante oral e no uso de insulina, identifiquem os sinais precoces da doença, manejo das complicações, monitoração da glicose sanguínea e ajuste da medicação.

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma negativa, devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (PAIVA, 2006).

Os portadores da doença, suas famílias, seus amigos e comunidade, podem sofrer um impacto na redução de expectativa e qualidade de vida. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral ; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (ASSUNÇÃO *et al* , 2001).

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência (BRASIL, 2001).

As transformações políticas, sociais e econômicas brasileiras, proporcionaram entre outros fatores, maior expectativa de vida e aumento da concentração de pessoas idosas na população em geral, seguindo a tendência mundial. Ocorreram mudanças epidemiológicas com a diminuição das doenças infecto parasitárias, mas predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), tomando proporções crescentes no que se refere ao aparecimento de novos casos e complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Todas essas complicações denotam a importância do controle glicêmico e da pressão arterial, estas, manobras eficientes para que a prevenção seja de qualidade. Sabe-se que as medidas não farmacológicas como a redução de peso, a ingestão adequada de alimentos saudáveis com uma dieta rica em frutas e vegetais,

juntamente com a redução de sódio e açúcar, bebidas alcoólicas, parar de fumar e a realização de exercícios físicos regulares; resultam numa queda de pressão arterial normalizando também os níveis glicêmicos (GRUPO INTERDISCIPLINAR DE PADRONIZAÇÃO DA HEMOGLOBINA GLICADA, 2004).

Prevenir complicações de doenças é realizar educação em saúde e uma das principais tarefas na Atenção Primária de saúde, pois se está levando benefícios para o indivíduo, família ou comunidade. Cuidar da saúde, favorecer a qualidade de vida é dever de todo profissional que presta assistência à saúde. Torna-se imprescindível que a educação em saúde passe a ser incorporada ao próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Reforça-se que é importante o indivíduo ter o conhecimento de sua doença e o impacto que esta pode trazer em sua vida, comprometendo seu estilo de viver, de se alimentar, preservando assim, o bem estar e a qualidade de vida (THEME – FILHA *et al*, 2005).

Diante do exposto percebe-se a grande importância de toda equipe de saúde em repassar informações referentes ao autocuidado, independente da rotina intensa no cotidiano. Igualmente, são necessárias ações conjuntas com a equipe da UBS e a comunidade para que a participação, a adesão em relação à prevenção seja efetivada por conta dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (BARROS *et al*, 2006).

Pela própria experiência que a equipe de saúde da UBS José Ribeiro da Silva, no município de Ibiá, possui, trabalhando com os diabéticos, deu-se início a este estudo. Sempre foi observado que os pacientes estavam apresentando dificuldades para aderir ao tratamento, especialmente ao autocuidado. Assim, notou-se a necessidade que estas pessoas fossem instruídas e motivadas a se cuidarem, seja pela eliminação de gordura corporal, pelo incentivo à prática de atividade física, ou por outros meios.

Atribui-se a problemática do baixo autocuidado dos diabéticos a alguns fatores, como o desconhecimento sobre diabetes, a idade, o baixo poder aquisitivo para a adoção de uma dieta adequada e a baixa escolaridade para compreender cálculos da insulino terapia (THEME – FILHA *et al*, 2005).

O autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações, que seguindo um modelo, contribui de maneira específica na

integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de cuidados (COSTA, 2006)

Se os portadores de diabetes mellitus receberem orientações por meio da educação em saúde, é provável que aconteça uma melhoria de qualidade de vida, pelas possíveis reduções das complicações no decorrer da vida. Ser um educador em saúde requer comprometimento de toda a equipe de saúde, e conhecimento das possíveis estratégias para o tratamento. Ressalta-se que o sucesso da educação depende tanto do empenho da equipe de saúde, quanto dos pacientes, por meio do autocuidado.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) José Ribeiro da Silva, localizada em Ibiá, município no centro do estado de Minas Gerais. Ibiá possui uma população de 23.218 habitantes, taxa de urbanização de 45,9 %. A UBS em que o estudo se desenvolveu possui uma população cadastrada de 3.425 pessoas, aproximadamente 634 famílias, com características bairristas, como as demais unidades de saúde, o que o constitui um facilitador para promover a saúde local.

No território atendido na UBS José Ribeiro da Silva, a DM é a doença crônica não transmissível de maior prevalência, mas comporta-se com uma taxa mais baixa quando comparada com a taxa do Brasil e existem muitos pacientes diabéticos com descontrole da doença. A maior parte das complicações que a glicemia elevada acarreta é evidenciada em indivíduos que não estão diagnosticados como diabéticos, e em pacientes diabéticos não controlados já cadastrados.

Em razão de todo o exposto, o motivo para a realização deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA

São frequentes os casos de pacientes diabéticos na consulta médica da UBS. Observa-se, durante a realização da consulta e da triagem da enfermagem, a falta de conhecimentos dos usuários na real necessidade de mudanças de estilo de vida e o tratamento adequado. Assim, devido à alta prevalência de Diabetes Mellitus na população da área de abrangência na ESF José Ribeiro da Silva, o tema escolhido para o projeto de intervenção proposto, foi com o objetivo de possibilitar melhoras das condições de saúde e de vida da população adstrita, reduzir a morbidade e mortalidade relacionada, e indiretamente os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Portanto, a partir da abordagem multidisciplinar e da necessidade de levar informação ao paciente de forma mais acessível e dinâmica, este projeto visa contribuir para uma maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, controle da patologia e assim melhorar a qualidade de vida de cada paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer os aspectos que interferem na adesão e tratamento dos pacientes diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde José Ribeiro da Silva do município Ibiá.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos portadores de Diabetes Mellitus cadastrados na Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde José Ribeiro da Silva.
- Analisar o comportamento dos fatores de risco e presença de patologias associadas presentes nos pacientes diabéticos selecionados;
- Criar estratégias de trabalho para diminuir a morbimortalidade por essa doença na população atendida.

4 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O presente estudo foi desenvolvido com portadores de Diabetes Mellitus cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Jose Ribeiro da Silva, do Município Ibiá, estado de Minas Gerais, durante o curso de especialização em Atenção Básica à Saúde, oferecido pela Universidade Federal de Triangulo Mineiro, em Minas Gerais, desenvolvido na modalidade a distância.

Com uma população adstrita de 3.425 pacientes, 2.636 são maiores de 15 anos de idade, destes, 133 estão cadastrados como diabéticos e muitos outros pacientes têm algum fator de risco à doença. A taxa de prevalência para a Diabetes Mellitus é 3,88, segundo dados do SIAB (setembro-2014), notando-se uma subnotificação desta importante afecção, sendo considerada baixa, quando comparada com a taxa nacional no Brasil (7,6) segundo estudos realizados (BARROS *et al*, 2003).

Outro fator protuberante para nossa escolha foi o fato de que nossas políticas de intervenção sobre o Diabetes Mellitus acabariam por atuar também sobre a obesidade, a dislipidemia, o tabagismo, a hipertensão arterial e o sedentarismo, combatendo indiretamente os fatores de risco cardiovasculares.

Inicialmente foram realizados estudos descritivos e retrospectivos de pacientes atendidos na UBS, entre os meses de setembro de 2014, a fevereiro de 2015, com o apoio de todos os integrantes da equipe. Os dados foram fornecidos pelos agentes comunitários de saúde, enfermeira, técnica de enfermagem e recepcionista, assim como obtidos dos prontuários e entrevistas individuais realizadas aos pacientes sujeitos do estudo, e dados coletados no SIAB.

Desta forma, foi possível conhecer as características demográficas, epidemiológicas e mobilidade da comunidade e determinar o problema fundamental: baixa taxa de prevalência e baixa taxa de controle, demonstrando que na população existem pacientes diabéticos não diagnosticados e os pacientes diabéticos tem risco de apresentar complicações futuras, motivadas pelo descontrole da glicemia sanguínea.

Após a análise dos dados, realizou-se uma reunião com a equipe para expor os resultados e selecionar o número de pessoas envolvidas no projeto. A amostra foi constituída por 30 (n=30) diabéticos de nossa comunidade, ambos sexos, com idade de 15 a 70 anos de idade, cadastrados na UBS José Ribeiro, que consentiram em

participar do estudo. Antes de iniciar a pesquisa, o consentimento livre e esclarecido do paciente foi obtido (Anexo 1). Um questionário elaborado com os dados gerais dos pacientes que também contem outras variáveis foi aplicado a cada paciente (Apêndice 1).

Todas as consultas do médico foram realizadas na UBS José Ribeiro da Silva, com duração média de 30 minutos. Os pacientes eram avaliados por meio da anamnese e exame físico que inclui aspectos subjetivos, manifestos pelos pacientes e os objetivos, coletados através do exame físico e de resultados dos exames laboratoriais. Após avaliação definam-se os diagnósticos médicos e as intervenções da EBS. A avaliação dos conhecimentos foi realizada antes e após a aplicação do estudo de intervenção educativa, utilizando o mesmo instrumento.

Os dados foram tabulados com ajuda do computador Intel Dual Core usando um ambiente Windows XP, os textos foram processados com Word XP e os resultados foram apresentados em tabelas de contingência para melhores estatísticas de desempenho.

5 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Primeiramente, a equipe utilizou dados do SIAB e dados coletados pelos agentes comunitários de saúde, fazendo um estudo descritivo qualitativo e quantitativo de cada microrregião. Já com o levantamento de todas as informações possíveis, identificamos os principais problemas da comunidade. Depois da identificação dos problemas, estes foram analisados segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, para que um deles fosse priorizado.

De acordo com os dados do SIAB, no mês de setembro dos 2014, há um total de 133 diabéticos na área de abrangência, cadastrados para uma taxa de prevalência de 3,88 %, considerada baixa, comparada com a média nacional de 7,6. Isso mostra que existem muitos diabéticos ainda não cadastrados e muitos nem sequer diagnosticados. Entretanto, os prontuários revelam que existem 135 pacientes cadastrados como diabéticos; acompanhados pelos agentes comunitários de saúde, mas com pouco seguimento, apresentando descontrole da glicemia no sangue.

A equipe de saúde teve a possibilidade de realizar o desenho das operações:

- a) Processo de Trabalho de Equipe de Saúde: priorizou a identificação dos 19 diabéticos que fazem parte da área de atuação, busca ativa dos diabéticos oferecendo a avaliação da glicemia em sangue a todos os usuários que procurem atendimento na UBS, sendo que durante as visitas domiciliares avaliamos igualmente a todo indivíduo maior de 15 anos, elevando-se a qualidade das consultas médicas com um atendimento integral.
- b) Informações da população: a população recebeu informação sobre Diabetes Mellitus através de atividades educativas, com recursos interativos, dinâmicos para chamar a atenção e alcançar os objetivos propostos, realizar encontros em locais da comunidade (instalações esportivas, etc.) e foi criado o grupo de diabéticos.
- c) Estratificação do risco de Diabetes Mellitus: foi aplicado a todo paciente diabético a estratificação de risco, a fim de que aqueles com risco aumentado tenham um seguimento mais rigoroso.

- d) Organização do Serviço de Saúde: para melhorar o atendimento aos diabéticos, as consultas de Hipertensão foram realizadas de acordo ao planejado, com uma avaliação integral do indivíduo. Foi constatado, que a presença do mesmo médico da equipe, facilitou a marcação dos retornos, para garantir a continuidade da atenção. Também foi necessário cobrar do gestor a garantia do fornecimento das medicações hipoglicemiantes em falta.

Durante 30 dias, na ocasião das consultas médicas e da enfermagem, 30 novos pacientes diabéticos ou em acompanhamento foram classificados na UBS José Ribeiro, para participarem da intervenção educativa. Observou-se que, na maioria dos casos, a doença não estava controlada, por falta de conhecimento dos usuários sobre os cuidados e tratamento, mas também porque os pacientes não tinham um seguimento assistencial regular. Após este processo, foi realizada uma proposta de intervenção para seguimento dos diabéticos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo de melhorar a adesão e tratamento destes, assim como levar a informação ao paciente de forma mais acessível e dinâmica. Assim, esperava-se um melhor controle da doença, prevenindo e/ou retardando possíveis complicações.

Diante disso, percebeu-se o quão importante seria o trabalho em equipe multiprofissional para o desenvolvimento destas ações educativas e do acompanhamento ambulatorial dos pacientes. A equipe foi composta pelo médico, agentes comunitárias de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar técnico-administrativo, dentista, nutricionista e psicóloga, além do educador físico e fisioterapeuta, que ajudaram no trabalho e no projeto de intervenção.

A equipe se organizou e se capacitou para desenvolver atividades dentro de uma padronização de condutas e habilidades técnicas, de acordo com normas estabelecidas (MION *et al*, 2002).

Em conjunto, o clínico geral, a nutricionista e o psicólogo supervisionaram o trabalho, com apoio da auxiliar técnico-administrativo da UBS. Os usuários foram divididos em dois grupos de até 15 diabéticos cada, de acordo com as características da doença e as necessidades de orientações. Foram realizados encontros semanais com os grupos, por seis meses consecutivos. Neste período, os pacientes passaram por consultas médicas periódicas, previamente agendadas e foi

realizada a glicemia em jejum e anotada no cartão de controle. Além disso, participaram das atividades educativas para conhecer mais sobre a doença, suas complicações e autocontrole.

Após três meses, os grupos foram novamente divididos em novos grupos, com base no controle de sua doença. Assim os pacientes do grupo de diabéticos foram realocados em dois grupos, denominado *controlados* (com 18 pacientes diabéticos), definido por apresentar glicemia de jejum de até 140mg/dL e um grupo *não controlado* (com 12 diabéticos).

Para o grupo denominado *controlado*, a conduta inicial foi mantida, para o grupo *não controlado*, uma nova conduta foi proposta: comparecer à unidade a cada semana para aferição da glicemia, orientações gerais e verificação se os medicamentos estavam sendo ingeridos da forma correta. Nessas ocasiões, um único caso acusou alteração e foi encaminhado para consulta médica extra (3,33%).

O acompanhamento do projeto foi feito por meio de reuniões da equipe (toda sexta-feira) onde se realizou a discussão dos casos e avaliação da consulta do HIPERDIA. As condutas foram sempre debatidas com toda a equipe, a fim de corrigir os problemas detectados, no menor tempo possível.

Foi observado que fornecer a medicação com a frequência certa, prestar atendimento odontológico e médico, agendar os retornos, foi essencial para garantir a adesão ao projeto.

Na interpretação dos dados, foi observado que o sexo feminino predominou com 21(70,0 %) dos participantes (**tabela 1**).

Tabela 1- Frequência dos diabéticos participantes, de acordo com o sexo.

Sexo	N	%
Feminino	21	70,0
Masculino	9	30,0
Total	30	100,00

A **tabela 2** mostra a distribuição da faixa etária, com predomínio de diabéticos entre 61 a 70 anos (46,7%). No estudo de PAIVA (2006), encontrou-se 164 diabéticos cadastrados no PSF do Centro de Saúde Ventosa, no Município Francisco de Morato, São Paulo, também com predominância do sexo feminino (71,9 %) sendo a faixa etária prevalente de 60 a 75 anos, 31,7 %.

Tabela 2 – Distribuição dos diabéticos participantes, conforme faixa etária.

Faixa Etária	N	%
15-29 anos	1	3,3
30-40 anos	2	6,6
41-50 anos	8	26,7
51-60 anos	5	16,7
61-70 anos	14	46,7
Total	30	100,0

Estudos realizados sobre diabetes, referem a presença desta doença relacionada à idade, após os 40 anos, em que aparecem outras doenças e riscos à saúde, geralmente associados, como obesidade, hiperlipidemia, sedentarismo, entre outras (MION *et al*, 2002).

Observamos na **tabela 3** que a maioria dos diabéticos estudados apresentou-se com um baixo nível de escolaridade: ensino fundamental (70,0%). No estudo de Paiva e colaboradores (2006), 65,6 % dos entrevistados também apresentaram de 1 a 5 anos de estudo, correspondendo à parte do ensino fundamental, onde afirmam que a importância de analisar o grau de instrução se deve ao fato de que a condição da escolaridade pode dificultar o acesso as informações e trazer menores oportunidades de aprendizagem quanto ao cuidado com a saúde, pois os pacientes diabéticos desenvolvem, em grande parte, o seu autocuidado.

. Tabela 3 – Nível de escolaridade dos diabéticos participantes.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	7	23,3
Ensino fundamental	21	70,0
Ensino médio	2	6,7
Total	30	100,0

Sobre a ocupação, a **tabela 4** demonstra que a predominância foi dos aposentados (40,0%), seguidos dos pensionistas (23,3%). Em investigação a grupos de diabéticos, encontrou-se maior índice de participação dos pacientes nas atividades educativas realizadas, relacionado ao fato de ter mais integrantes de pessoas aposentadas e donas de casa, provavelmente pelo fato de terem mais tempo disponível (BARROS, 2006).

Tabela 4 – Distribuição dos diabéticos participantes, de acordo com a ocupação.

Profissão	No	%
Aposentados	12	40,0
Trabalhadores	6	20,0
Dona de casa	4	13,3
Pensionados	7	23,3
Estudantes	1	3,3
Total	30	100

Na **tabela 5** se observa os fatores de risco, doenças associadas e frequência da etnia nos diabéticos estudados. Houve um predomínio de sedentarismo (46,7 %) e hipertensão arterial (46,7%). A raça branca foi a mais afetada pela doença (56,7%). Investigação realizada refere que o descuido com o estilo de vida é um fator de risco para as pessoas que apresentam diabetes, como por exemplo, o tabagismo, o consumo de álcool, vida sedentária, descuido com a alimentação, que interferem diretamente nos níveis glicêmicos (PAIVA, 2006).

Tabela 5 - Frequência dos fatores de risco, doenças associadas e etnia nos diabéticos participantes.

Fatores de risco e etnias	N	%	
Hipertensão Arterial	14	46,7	
Dislipidemia	6	20,0	
Obesidade	9	30,0	
Alcoolismo	1	3,3	
Sedentarismo	14	46,7	
Tabagismo	3	10,0	
Etnia	Branca	17	56,7
	Parda	6	20,0
	Preta	7	23,3

Estima-se que exista uma relação direta entre obesidade e sedentarismo: 55 % a 89% das pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (tipo 2) eram obesas e tinham vida sedentária (ASSUNÇÃO *et al*, 2001).

Dos diabéticos, **tabela 6**, que fazem uso de medicamentos para o controle glicêmico 17 (56,7 %), referiram usar comprimido hipoglicemiante oral, sete (23,3 %) usavam insulina e cinco (16,7 %) faziam uso de comprimido hipoglicemiante, acrescido da insulina. No entanto, os medicamentos de primeira escolha foram os fármacos de via oral. Nota-se que os pacientes precisaram utilizar medicação para controle glicêmico, apenas com a priorização de uma dieta adequada e atividade

física não foi possível este controle, sendo adotado um conjunto terapêutico nutricional, exercício físico e fármaco. Em outro estudo foi encontrado que 54,4 % faz uso de comprimido hipoglicemiante oral, 12,5 % comprimido hipoglicemiante mais insulina e 8,8 % insulina (ASSUNÇÃO *et al*, 2001).

Tabela 6 – Frequência dos diabéticos participantes, conforme medicamentos utilizados para controle glicêmico.

Medicamentos utilizados	N	%
Hipoglicemiante oral	17	56,7
Insulina NPH	7	23,3
Hipoglicemiante oral + Insulina	5	16,7
Não utiliza	1	3,3

O tratamento do paciente diabético é feito por um conjunto de ações que envolvem uma tríade constituída por dieta, medicação e exercícios físicos. A adesão do indivíduo diabético às formas de tratamento não farmacológicas é baixa, a maioria dos indivíduos inicialmente aceitam a prescrição dietética, mas com o passar dos anos terminam por abandoná-la. Atualmente, tem havido uma tendência para a valorização de medidas não convencionais de assistência ao paciente com doenças crônicas, ou seja, centradas nos tratamentos não medicamentosos, destacando-se as práticas contínuas de exercícios físicos. Incentiva-se também a valorização da alimentação adequada, a qual passa a ser vista mais como benefício do que como castigo (BRASIL, 2002).

Na tabela 7, verificou-se que a principal causa de descontrole está relacionada com o não cumprimento da dieta adequada (90,0%), seguido do sedentarismo (86,7 %).

Existem evidências consistentes dos efeitos positivos do exercício físico no Diabetes Mellitus, como a melhora no controle glicêmico, redução do risco de doença cardiovascular, diminuição do peso corporal e ou aumento da autoestima (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Tabela 7 - Causas de descontrole da Diabetes Mellitus.

Causas de descontrole	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não cumpre o tratamento farmacológico recomendado	6	66,7	16	76,1	22	73,3
Não pratica atividade física	8	88,9	18	85,7	26	86,7
Não cumpre a dieta recomendada pelo médico	9	100,0	18	85,7	27	90,0
Fuma	2	22,2	1	11,1	3	10,0
Ingere bebida alcoólica	1	11,1	0	0,00	1	3,33

A prática de exercício físico é uma atividade saudável para qualquer pessoa, porém traz benefícios adicionais aos portadores de DM, como a melhora no condicionamento físico, principalmente da capacidade cardiorrespiratória, aumenta a massa muscular e diminui a tensão psicológica provocada pela doença e pelos problemas diários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIADETES, 2000).

Assunção *et al.* (2001), também referem em um estudo, baixa adesão a dieta, apesar da importância desta no controle do Diabetes Mellitus e da hipertensão arterial. Em seu estudo, essa questão mostrou-se de difícil análise, devido a possibilidade de o paciente poder não retratar fielmente seus hábitos alimentares.

Um dos pilares do tratamento da doença é o tratamento farmacológico, já que o não cumprimento adequado no uso da medicação farmacológica na DM eleva o índice de descontrole dos níveis glicêmicos no sangue, trazendo ao curto ou longo prazo, transtornos metabólicos orgânicos, assim como complicações graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIADETES, 2006).

Por fim, a intervenção em saúde sobre os grupos de diabéticos da UBS Jose Ribeiro da Silva, foi positiva. A **tabela 8** mostra que no início da intervenção, apenas 16,7% deles tinham valores glicêmicos compensados, e na avaliação final, 96,7% dos diabéticos estavam controlados.

Tabela 8 - Frequência do controle glicêmico nos casos estudados antes e depois da intervenção.

Data	Controlados	%
Setembro 2014	5	16,7
Fevereiro 2015	29	96,7

Acredita-se que a implantação de programas educacionais, que permita ao diabético ampliar seus conhecimentos relativos a doença, desenvolvidos em um sistema público de saúde, que ofereça infraestrutura de apoio humano e técnico, possibilite ao diabético uma vida mais longa e saudável, reduzindo complicações e consequentemente melhorando da qualidade de vida (ARAÚJO *et al*, 1999).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, apesar das fragilidades iniciais de conhecimento encontradas na população estudada, foi possível aumentar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus. As atividades educativas realizadas por meio da metodologia problematizadora / conscientizadora, estimularam a participação do grupo, favorecendo o aprendizado. O trabalho em grupo, utilizado na investigação, mostrou-se como uma estratégia possível e adequada para o desenvolvimento de atividades educativas e contribuiu para promover a autonomia dos pacientes.

Concluimos que, compreender a realidade onde se atua, é essencial para o profissional de saúde, fortalecendo as ações compartilhadas pela equipe de maneira multiprofissional, buscando estratégias para ampliar o atendimento integral de toda a população. Considero que a própria equipe de saúde foi beneficiada para melhorar sua relação com os usuários e para facilitar o manejo dos casos futuros de diabetes na comunidade, reconstruindo nossa visão filosófica da atenção à saúde, provocando a mudança da visão curativa, construindo um novo olhar de atenção integral, priorizando ações educativas de saúde.

Este trabalho permite constatar que o indivíduo com Diabetes Mellitus pode ser corresponsável pela sua saúde e que a sua recuperação está condicionada à sua participação ativa.

REFERENCIAS

Araújo, R.B., Santos, I., Cavaleti, M.A., Dias da Costa, J.S., Béria, J.U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. Saúde Pública**; v.33,n.1,p.24-32,1999.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**; v.30, n.1; S4-S41, 2007.

Assunção, M.C.F., Santos, I.S., Gigante, D.P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: Estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública** ; v. 35, n.1, 2001.

Barros, M.B.A.B., César, C.L.G., Carandina, L., Torre, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD-2003. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, 2006.

Banco Mundial. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano. Região da América Latina e do Caribe. **Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil**. Documento do Banco Mundial. Relatório Nº 32576, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 5, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério de Saúde, 2002.

Costa, J.S.D., et al . Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública** ; v.40, n.3, 2006.

Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada - A1c. **A importância da hemoglobina glicada (A1c) para a avaliação do controle**

glicêmico em pacientes com diabetes mellitus: aspectos clínicos e laboratoriais; v.1, 2004.

Mion J.R, et al. IV **Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. 2002. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes>. Acesso em; 22 ago. 2015.

Paiva, D.C.P., Bersusa , A.P.S., Escuder, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato ,São Paulo ,Brasil . **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus, Município Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da SBD sobre o tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora ; 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**. Diagnostico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2 ,p.45-68, 2002.

Szwarcwald, C.L., Mendonça , M.H.M., Andrade, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, 2006.

Theme-Filha ,M.M., Szwarcwald ,C.L., Souza-Júnior, P.R.B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**; 21(Supl. 1):S43-S53, 2005.

Wild ,S., et al . Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v.27, n.5, 2004.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

_____ Eu concordo em participar da pesquisa a ser realizada em Diabetes Mellitus na UBS Jose Ribeiro da Silva, do município Ibiá, estado Minas Gerais, voluntariamente.

Assinatura da pessoa selecionada e data.

APENDICE – ENTREVISTA

1-Nome: _____

Idade: _____, Sexo: _____, Etnia: _____

Nível de escolaridade: _____

Profissão: _____

2-Doenças associadas: (Marque com um “X” a resposta mais adequada).

-Hipertensão Arterial: _____

-Dislipidemias: _____

-Obesidade: _____

-Alcoolismo: _____

-Sedentarismo: _____

-Tabagismo: _____

3- Medicamentos usados:

-Comprimidos hipoglicemiantes: _____

-Insulina NPH: _____

-Comprimido hipoglicemiante mais insulina: _____

-Não usa medicamentos: _____

4. Marque com um “X” a resposta mais adequada:

Pergunta	Sim	Não
Cumpre o tratamento recomendado pelo médico?		
Pratica atividades físicas?		
Cumpre a dieta recomendada pelo médico?		
Fuma?		
Usa bebida alcoólica?		

5-Comportamento do controle glicêmico do paciente:

-Setembro do 2014: _____ Fevereiro dos 2015: _____

6-Você considera que de acordo com as instruções recebidas, é necessário mudar seus hábitos e estilos de vida e fazer adequadamente seu tratamento da Diabetes Mellitus? Justifique sua resposta.