



Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

OLIVER HAMILTON ABRAMS BAILEY

**INTERVENÇÃO DA EQUIPE DA SAÚDE NO COMBATE A DIABETES
MELLITUS**

CAMPO GRANDE/MS
2015

OLIVER HAMILTON ABRAMS BAILEY

**INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NO COMBATE A DIABETES
MELLITUS**

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

**Orientador(a): Prof.^(a) Espe. Beata
Catarina Langer**

**CAMPO GRANDE/MS
2015**

Dedicatória.

A minha amada esposa Katiusca Alcalá pelo amor carinho compreensão motivação e estímulo que me proporciona todos os dias.

Dedico também esta obra aos meus pais e meus irmãos pelo apoio incondicional ao longo da minha vida.

Agradecimentos

A Deus, por me colocar diante de tantas oportunidades, conceder-me saúde e a graça da família e dos amigos.

Também gostaria de agradecer de maneira cordial, à equipe de saúde da UBSF SQ 13 que empregaram seu tempo e talento, contribuindo para enriquecimento desta obra.

RESUMO

As ações educativas são praticas inerentes ao projeto assistencial de saúde em todos os níveis de atenção. As causas de diabetes mellitus estão entre os fatores de risco modificáveis cujo controle associado a mudanças de vida pode ser estimulado no âmbito do atenção básica á saúde, minimizando a morbimortalidade por esta doença e seu impacto na saúde publica. **Objetivo:** Melhorar os níveis glicêmicos dos diabéticos tipo 2 da UBSF SQ 13 do município de Cidade Ocidental/GO, identificando fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 ,no período do projeto de intervenção e obter controle glicêmico adequado mediante aplicação de ações educativas contra os fatores de risco encontrados. **Métodos:** foram avaliados e acompanhados 25 pacientes da UBSF SQ 13, nos meses de setembro 2014 e maio de 2015, foram pacientes diagnosticados com diabetes desde há mais de 3 anos. A captação e coleta de amostras dos sujeitos da intervenção ocorreram nas dependências do posto de saúde SQ 13. As medições da glicemia séricas foram feitos no laboratório clinico publico em 3 ocasiões, as demais medições FDA glicemia capilar foram na UBSF SQ 13 e domicilio. As consultas foram agendadas para cada paciente cada três semanas para controle. Visitas domiciliar realizadas por medico a enfermeira e agentes de saúde de forma intercalada. As reuniões feitas em três momentos no período da intervenção com temáticas sobre diabetes e formas de tratamento, exercícios físicos e reunião de avaliação. Durante as entrevistas individuais foram obtidos os principais fatores de risco sobre o descontrole glicêmico. Diante o acompanhamento, modificando os fatores que causam e medidas de educação em saúde, com os ajustes farmacológicos foram observadas a melhoria nas glicemias basais. A estimulação psicológica é importante para que os pacientes continuem e mantenham o tratamento continuo e o autocuidado. Alem disso a mais importante conclusão foi que a equipe organizada e determinada em resolver os problemas pode resolver situações da grande maioria sem precisar de recursos fora da unidade básica de saúde . Por tanto os resultados observados na intervenção foram satisfatórios em 92%, mostrando que os problemas ou descontrole da glicemia em sua grande maioria pode ser causadas por fatores simples, mais desencadeantes das complicações e que podem ser resolvidos a nível local.

Palavras chave: autocuidado; fatores de risco; glicemia.

ABSTRACT

Educational activities are an essential practice in a health outreach project at all levels of attention. The causes of diabetes mellitus are among modifiable risk factors whose control is associated with changes in lifestyle which can be influenced at a primary level of health service, reducing to a minimum the misery caused by this illness and its impact on public health. **Objective:** improve a blood glucose levels in diabetic mellitus type 2 patients belonging to the UBSSF SQ 13, municipio Cidade occidental/GO, identifying risk factors of diabetes, during the period of the intervention and obtain adequate glycemic control using educational activities against those risk factors. **Method:** they were evaluated and followed 25 patients who underwent in UBSSF SQ 13, in the month of September 2014 and October 2015. Patients with Diagnostic of diabetes since more than 3 years ago. The capture and collection of research subjects occurred in the physical facilities of de UBSSF SQ13. The measurements of serum glucose was taken in 3 times during a intervention, and the glycemia capillary were taken every week in domicile and in the health center. House visits were made by medic, nurses and health workers in an alternating manner. Group meetings were held on three occasions during the period of the investigation with lectures given on diabetes and types of treatment, then diabetes and physical exercise and a last meeting to evaluate. During the individual interviews information on the principal risk factors causing the metabolism to get out of control were obtained. During the follow up, modification of risk factors and measures to educate about health coupled with adjustments in medication resulted in an improvement in the control of glycemia. Psychological stimulation is important to continue maintaining continuous treatment and motivation of patients to take care of themselves. On the other hand, the most important conclusion was that a team that was organized and determined to solve problems could solve the majority of problems without seeking resources outside of the basic unit of local health service. As such, the observed results of the study were satisfactory in 92% of the cases showing that problems of uncontrolled glycemia in the majority of cases may be caused by simple factors and may result in complications or may be solved at the local level.

Key words: Self care, risk factors, glycemia.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	07
1.1 INTRODUÇÃO.....	07
1.2 OBJETIVOS.....	08
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	09
2.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	09
2.2 PARTICIPANTES.....	11
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	11
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	13
2.5 PERÍODO DO PROJETO.....	14
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	14
4. CONSIDERAÇÃO FINAL.....	18
REFERÊNCIAS.....	20

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas pelas chamadas células beta. A principal função da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta de insulina ou um defeito na sua ação resulta por tanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia. O diabetes é uma das doenças humanas mais antigas¹.

Sua nomenclatura – diabetes mellitus- surgiu das palavras gregas para sifão e açúcar, respectivamente, descrevendo assim os sintomas mais óbvios do diabetes não controlado: a micção de grandes quantidades de urina adocicada, porque contem açúcar. Os sintomas já haviam sido descritos por antigos persas, indianos e egípcios, porém a compreensão mais aprofundada só ocorreu há cerca de 100 anos¹.

O diabetes configura hoje como uma epidemia mundial, traduzindo se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento de incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da organização mundial de saúde o número de portadores da doença é de 347 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo, com expectativa de alcançar 600 milhões em 2030. Na América Latina, o crescimento será ainda mais acentuado (65%), o que significa que quase 30 milhões de pessoas terão a doença no continente²⁻⁵.

Atualmente, no Brasil, estima se que existam 11 milhões de diabéticos, segundo o Ministério da Saúde⁴.

As conseqüências humanas de morte são 3,8 milhões/ano em tudo o mundo, cerca de 6% da taxa de mortalidade mundial, correspondendo a quarta causa de óbitos no mundo³.

No Brasil o diabetes e hipertensão arterial são responsáveis pela primeira causa de hospitalizações, amputações de membros inferiores. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficiente para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações.

O diabetes mellitus atinge 299 mil pessoas de Goiás⁴, o que corresponde a 6,4% da população adulta local. As mulheres (7,9%) apresentaram maior proporção da doença, do que os homens (4,7%). No meu município segundo o sistema de informação atenção básico (SIAB), o número de casos de diabetes foram 884 pessoas o 1,9% da população⁵.

A UBSF SQ 13 atende uma população de 3506 habitantes, dos quais tem se 72 pacientes diabéticos cadastrados para 2014, e observa se que 1/3 dos mesmos apresentava descontrole continua, sempre com níveis de glicemia superiores a 200 mg/dl, confirmadas nas avaliações feitas de forma irregular. Por esta situação iniciou se uma intervenção na população mostra de 25 pacientes que tenham descontrole sem complicações, para realizar acompanhamento continuo, em procura de causas e fatores de risco que poderia acompanhar estes pacientes, desde a alimentação, cumprimento das medicações, e planejar medidas educativas e motivação para o autocuidado.

Portanto este projeto de intervenção (PI) tem como objetivo, melhorar os níveis glicêmicos das pessoas com diabetes tipo 2 da UBSF SQ 13 do município de Cidade Ocidental/GO, vamos identificar os fatores de risco e estabelecer planos de ação, através de educação em saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar os níveis glicêmicos das pessoas com diabetes tipo 2 da UBSF SQ 13 do município de Cidade Ocidental/GO.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2, nas pessoas da UBSF SQ 13 com a patologia;

- Realizar ações educativas ;
- Monitorar as glicemias das pessoas com diabetes tipo 2 da UBSF SQ 13.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O diabetes mellitus é uma doença crônica, que precisa controle contínuo sistematicamente, multisetorial e registrada. A Prevalência do diabetes mellitus tipo 2 tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda um maior incremento⁷.

Na América Latina há uma tendência do aumento da frequência entre as faixas etárias mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença ao sistema de saúde é relevante. O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associado às alterações do estilo de vida e ao envelhecimento populacional, são os principais fatores que explicam o crescimento da prevalência do diabetes tipo II⁸.

As modificações no consumo alimentar da população brasileira - baixa frequência de alimentos ricos em fibras, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta - associadas a um estilo de vida sedentário compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade, diabetes tipo II e outras doenças crônicas. Programas de prevenção primária do diabetes vêm sendo desenvolvidos em diversos países, cujos resultados demonstram um impacto positivo sobre a qualidade de vida da população⁶.

Para alcançar os objetivos, primeiro serão realizadas entrevistas individualmente com as pessoas escolhidas para o PI, com a finalidade de obter dados sobre a doença, início da mesma, evolução, tratamento aplicado durante a doença, uso de insulina e doses, medicação atual, avaliação feita por médicos endocrinologistas, número de acompanhamento ao ano, complicações apresentadas, internações hospitalares e outros dados referentes a alimentação atual, realização de atividades físicas, motivos de não realização, problemas com a obtenção dos medicamentos,

uso de aparelhos glucometros, limitações para traslado ao posto de saúde e se tem familiares acompanhantes na casa.

Após a entrevista serão agendadas as consultas individuais e grupais. As pessoas terão que comparecer cada três semanas ao consultório, até conseguir controle glicêmico, todos os dados serão registrados no prontuário.

Os dias planejados para as consultas são todas as quintas feiras das 8:00 horas até 12:00 horas. As 25 pessoas da mostra não serão consultados todos no mesmo dia, serão divididos em 4 grupos de 6 integrantes cada e um de 7.

Durante o PI será realizada uma visita domiciliar mensal pelo medico, alternado com visita por enfermeira. Na visita domiciliar com o auxilio do aparelho glucometro será medido a glicemia capilar em jejum, de manha e será registrado, para aqueles que não têm glucometro.

Durante os nove meses de intervenção serão realizadas três atividades grupais, a primeira será no segundo mês do inicio do projeto, com palestra sobre diabetes e seu tratamento, enfatizando sobre o auto cuidado e estimulação psicológica para inicio de tratamento em longo prazo, ou toda a vida.

A segunda atividade grupal será realizada no quinto mês do inicio do projeto, com objetivo de orientar sobre a importância da realização da atividade física e esporte no complemento do tratamento do diabetes.

A terceira atividade grupal será feita para escuta dos principais problemas apresentadas durante o período de intervenção.

Agentes comunitários de saúde terão participação no acompanhamento domiciliar obtendo dados sobre estado geral do pacientes, e dificuldades diárias.

Será feito encaminhamento a todos os pacientes não avaliados por endocrinólogo em mais de um ano. Também serão encaminhadas a realizar atividade física tipo hidroginástica. A glicemia será monitorada da seguinte maneira: medições de glicemia sérica em jejum feito no laboratório clinico, para todos os diabéticos em estudo na primeira vez, junto com Hb glicada. Posteriormente semanalmente a enfermeira e agentes de saúde treinados e capacitados realizaram medições de glicemia capilar em jejum semanalmente, na consulta de hiper dia, ou

no domicílio, para avaliação. As visitas serão previamente agendadas. Temos 60% dos pacientes diabéticos possui aparelho glicômetro.

2.2 PARTICIPANTES

Serão 25 pacientes com diabetes tipo II escolhidos para acompanhamento na UBSF SQ 13.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Todos os pacientes da UBSF SQ 13 moram no bairro centro, super quadra 13 de Cidade Ocidental. De acordo com dados do SIAB de 2014, existem 3.506 pessoas cadastradas no bairro, 1.765 são do sexo masculino, e 1.741 são femininas (Quadro 1). A população absoluta reside em área urbana, com casas em sua grande maioria feita de blocos de concreto em mais de 90%(Quadro 4), com abastecimento de água pela rede pública (100%) e eletricidade também em sua totalidade.

QUADRO 1- Distribuição da população por grupo de idade e sexo.

SEXO	Faixa Etária (anos)										
	<1	1ª4	5ª6	7ª9	10ª14	15ª19	20ª39	40ª49	50ª59	>60	Total
Masculino	29	59	74	196	374	297	533	103	56	44	1765
Feminino	41	60	58	185	356	273	519	127	68	54	1741

FONTE: prontuários.

Por outra parte os principais fatores de risco podem ser observados no quadro 2, onde a mais de 60% da população é sedentária, obesa, o que explica a incidência de novos casos de pacientes cada ano na unidade básica de saúde de família SQ 13.

Quadro 2- Principais fatores de risco no pacientes diabéticos, na UBSF SQ 13. Ano 2014.

Fator de risco	Numero de pacientes	%
Obesidade	13	52
Sedentarismo	17	60
Habito de fumar	4	16
Cumprimento do tratamento irregular	8	32
Habito alimentares inadequado	20	80

Fonte: prontuários..

Quadro 3 - Caracterização da mostra.

Sexo	No	%
Masculino	09	36
Feminino	16	64
Total	25	100

Fonte: própria.

Famílias cadastradas: 787 famílias.

Quadro 4 - Distribuições das famílias de acordo os tipos de casa.

Tipo de casa	Numero de famílias	Numero de casas
Tijolo/Adobe	787	910
Taipa revestida	0	0,
Taipa não revestida	0	0
Madeira	0	0
Material aproveitado	0	0
Outros	2	2

Fonte: Secretaria De Saúde e Prontoúrios.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Existem no bairro 72 diabéticos cadastrados, 61 acompanhados com frequência às consultas , destes só 24 estão controlados metabolicamente, os demais apresentam alteração nos níveis de glicemia aumentados, sem complicações.

Para o PI serão escolhidas os 25 pessoas que realizam acompanhamento na UBSF SQ 13, muitas deles com tempo de evolução da doença mais de 10 anos (quadro 5), priorizando aquelas com dificuldade no controle metabólico por distintas causas e por apresentar alto risco cardiovascular. Os mesmo apresentam de forma geral níveis de glicemia sérica de maiores de 245 MG por dl constante segundo histórico nos prontuários.

Quadro 5 - Diabetes tempo de evolução.

Anos de evolução	No	%
Com menos de 10 anos	7	28
Com mais de 10 anos	18	72
Total	25	100

2.5 PERÍODO DO PROJETO.

O projeto será realizado por 9 meses, iniciando em setembro 2014 até maio 2015.

3 IMPLANTAÇÃO DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Este Projeto de Intervenção, com o objetivo de melhorar os níveis glicêmicos das pessoas com diabetes tipo 2 da UBSF SQ 13 do município de Cidade Ocidental/GO. Para isso foram escolhidos 25 pacientes portadores de diabetes tipo II, em uso de hipoglicemiantes orais como metformina e glibenclamida, e alguns casos com uso de insulina indicado pelo medico endocrinólogo há mais de meses, com glicemia descontrolado a pesar do tratamento farmacológico certo segundo pacientes, apresentavam níveis de glicemia em jejum acima de 245 mg/dl, e segundo eles apresentavam descontrolado desde há meses.

Durante as consultas agendadas, realizadas todas as quinta feiras de manha, em entrevistas individuais, em procura de fatores de risco modificáveis e condutas inadequadas determinou os seguintes situações:

- 09 pacientes são de sexo masculino, 16 são de sexo feminino.
- Todos portadores de diabetes tipo II.
- 3 pacientes usam insulina NPH alem de hipoglicemiantes orais.
- Acompanhamento medica insuficiente.

- Alguns pacientes relataram transgressão alimentar contínuo.
- Todos eles sem complicações neurológicas, vasculares.
- Dois pacientes foram internados durante a doença, a causa do diabetes sem complicações.
- Indisponibilidade constante de fármacos para diabetes no sistema de saúde pública local.
- Presença de um só médico endocrinologista para uma população de 60.000 habitantes. Dificuldades para realizar interconsulta.
- Intolerância gástrica aos medicamentos de uso contínuo (hipoglicemiantes orais) e suspensão de eles por conta própria.
- Alimentação inadequada.
- Não cumprimento do tratamento contínuo.
- Uso de medicamentos sem acompanhamento para ajustes nas doses.
- Sedentarismo. (60%)
- Hábito de fumar (16%)
- Falta de vontade. Ausência de motivação no auto cuidado.
- Sinais de depressão.
- Incapacidade de adquirir fármacos prescritos anteriormente e uso irregular .

Alimentação segundo pacientes consistia principalmente a base de arroz, carnes, uso de adoçantes.

Em cada consulta agendada, antes de iniciar as entrevistas foi costume medir glicemia capilar. Observando melhora, na segunda consulta médica.

Na primeira reunião grupal feita no segundo mês foi o tema de diabetes e tratamentos, também em cada reunião a educação em saúde foi realizada, individualmente, e em grupo na área reservada, pouco espaçosa no consultório, os

recursos utilizados foram fotografias, imagens ilustrativas e bate-papo, visando à importância de manter os níveis de glicose normais e valor do esforço feito para manter a saúde e evitar complicações.

Foram discutidos os seguintes temas:

- O que é diabetes e seu tratamento.
- Alimentação adequada e equilibrada.
- Importância da prática de exercícios físicos.
- Tratamento individualizado.
- Uso correto de glucosímetros.

Alem disso foi informado sobre as complicações macrovasculares em imagens que tem grande potencial danoso, que uma vez instalada e não tratada pode levar a infarto agudo de miocárdio, acidentes vasculares encefálicos, ou então à obstrução das artérias das pernas causando pé diabético e amputação^{11,12}.

Alem das consultas individuais e reunião em grupo foi executada o acompanhamento continuado, sistemático, que incluía visita domiciliar médica, que consistia em avaliação geral do paciente e medição da glicemia capilar tudo registrado nos prontuários. Também eram frequentados pelos agentes comunitários de saúde e pela enfermeira segundo o plano. Alguns pacientes não estiveram presentes no momento da visita, e outros já haviam tomado café da manhã por a demora na chegada da equipe para a visita, dificultando a medição da glicemia capilar em jejum, útil no controle.

Nas visitas comunico-se aos familiares a necessidade de apoio para controle para toda a vida no controle da glicemia.

O tratamento foi individualizado e cada fator de risco foi modificado segundo a situação de cada paciente.

O obstáculo achado foi a dificuldade na monitorização da ingestão dos alimentos, porque requer presença permanente com o paciente. Outro fator foi demora na disponibilidade dos medicamentos nas UBSFs impedindo bom controle da glicemia. Durante a intervenção a observação da melhoria nos níveis de glicose foi entre outros fatores condicionados por acompanhamento contínuo chegada dos medicamentos ao posto com mais frequência sem atrasos nos seguintes meses

posteriores, fornecimento de aparelhos pela Secretaria Municipal de Saúde de aparelhos glicométricos, útil na evolução e acompanhamento. Muitas pessoas, principalmente do sexo feminino foram encaminhadas ao serviço de hidroginástica, para realizar exercícios físicos.

Realizaram se exames de laboratório, de sangue hemoglobina glicada, urina, lipidograma, entre outras. Os pacientes com Hb glicada maiores de 8% ao inicio da intervenção, já foi observado a melhoria 80% das pessoas já tinha em Hb glicada em 6%.

O Projeto de Intervenção foi avaliado através dos mapas de atendimento médico, comparando o número das pessoas acompanhadas com mais freqüência e observou se que tinham melhor controle da glicemia que aqueles que assistiam de forma irregular. A avaliação e contabilização dos principais fatores de risco para diabetes descontrolada presentes na referida amostra foram obtidos através da revisão sistemática dos prontuários dos pacientes participantes, e diante as entrevistas sobre o manejo e controle da doença e foi feito pelo médico desta UBSF.

Dos 25 pacientes acompanhados pela equipe só duas pacientes do sexo feminino não conseguiram estabilizar o valor da glicemia, mantendo valores entre 301 e 60 mg por dL, as mesmas incluíam no seu tratamento insulina NPH. Foram encaminhados para reavaliação por medico endocrinólogo. A dificuldade apresentada era para monitorar a alimentação dos pacientes com certeza, para obter avaliação do tratamento e medidas indicadas.

No gráfico 1, pode observar se que antes da intervenção da equipe sobre os pacientes escolhidos apresenta van níveis de glicemia media, em jejum superior a 300 mg/dl, dados obtidos dos prontuários. Posterior á intervenção os níveis da glicemia media em jejum foi consideravelmente descendo, todo por esforços como acompanhamento continuo, domiciliar, medidas alimentares, educação em saúde, e outras medidas particulares de cada individuo, exercício físico e ajustes nas doses medicamentosas.

Grafico 1. Níveis da glicemia mediado grupo em jejum (mg/dl), antes e depois da intervenção.



Fonte: prontuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A elaboração do projeto de intervenção demonstrou que existem fatores de risco modificáveis em nível da UBSF e que são variados de acordo a cada paciente.

A mesmas podem ser principalmente por estilos de vida inadequados, por exemplo, transgressão alimentar com ingestão excessiva de carboidratos. Falta de exercícios físicos ou sedentarismo. Também por condições de disponibilidade de medicamentos nos serviços de atenção de saúde publica. Outros por falta de vontade para autocuidado.

O acompanhamento é insuficiente ou inadequados por parte da equipe de saúde para estimular os pacientes ter vontade de continuar com o tratamento a longo prazo, em outras palavras proporcionar ao individuo as ferramentas necessárias para obter o melhor controle glicêmico possível e prevenir ou retardar as complicações micro e macrovasculares do diabetes¹³.

Mostro que é possível obter resultado satisfatório no controle glicêmico o que é o objetivo final do projeto através do acompanhamento contínuo freqüente com educação em saúde sobre estilo de vida adequada. O conjunto de medidas vai melhorar o prognóstico da doença e diminuir os riscos de apresentar complicações observadas nos diabéticos.

O conjunto de médico, enfermeira e agentes de saúde é uma ferramenta muito poderosa para intervenção em saúde sempre e quando há uma integração entre os membros para realizar e resolver problemas de saúde da população.

As dificuldades encontradas no desenvolvimento do projeto foi a incapacidade para monitorar a alimentação, com certeza é muito útil na avaliação da efetividade das medidas elaboradas neste projeto.

Outra dificuldade encontrada foi falta de assistência às todas as consultas agendas por outros motivos como viagens, mudanças temporais, e por ser responsável do cuidado de outras pessoas na casa.

As ações educativo-preventivas com diabéticos são fundamentais para introduzir bons hábitos de alimentação, e estimular autocuidado diário. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual constante, um trabalho conjunto com a equipe de saúde, e a paciente, a adesão no grupo de estudo foi baixo consentimento firmado.

O problema de hiperglicemia pode ser controlado pelo próprio indivíduo, quando motivado e capacitado a desenvolver as medidas necessárias. É por intermédio de conhecimentos adquiridos pelo processo educativo que as famílias podem confrontar as ações que vêm praticando ao longo dos anos com os novos conhecimentos obtidos por meio de diálogos com equipes de saúde.

É muito comum escutar das pessoas que os fármacos “não prestam”, a indisponibilidade de medicamentos de maneira continuado, transgressão alimentar, e simplesmente não adesão ao tratamento indicado, são alguns dos obstáculos no acompanhamento do diabético. A pessoa diabética diagnosticada e que esteja controlada, livre de complicações é o objetivo deste trabalho, para melhorar e elevar sua qualidade de vida antes que apareçam as complicações, assim as medidas de promoção de saúde ajudaram a elevar nível de consciência para levar uma vida

saudável tanto as pessoas diabéticas, como as pessoas com alto risco de apresentar diabetes se continuam com seu estilo de vida inadequada.

As pessoas participantes também serão a porta voz de que é possível viver como uma pessoa saudável, assim orientar a outros a realizar esforços no controle de diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Géis LS, Pan L, cadwell B, gregg EW, Benjamin SM, engelgau MM. Changes in incidence of diabetes in U.S. adults, 1997-2003. Am j Prev Med 2006; 30:371-7.
2. American Diabetes Association. Standarts of Medical Care in Diabetes- 2010. Diabetes Care 2010; 33 (supl. 1): S4 -10.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005: 13-142.
4. Sociedade brasileira de diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de janeiro: TSO, 2008: 10-105.
5. Ropelle, Eduardo rochete. Paciente diabético cuidados em educação física e esporte, 1. ed. Rio de janeiro : medbook, 2013: 3-4.
6. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Diabetes Care 1992; 15(11): 1509-1516.

7. BANKOFF, Maria A. D. P. Obesidade, adolescência e atividade física e saúde. In: MOREIRA, Wagner W. & SIMÕES, Regina (Org.). Fenômeno Esportivo no início de um novo milênio. Piracicaba: UNIMEP, 2000, pp. 43-52.
8. Colberg SR, albright AL, Blissmer BJ et al. American collage of Sports Medicine and American Diabetes Association. Exercice and diabetes type 2. Med Sci Sports exerc 2010; 42(12):2282-303.
9. Routi RG, Morris DM, Cole AJ. Reabilitação aquática. São Paolo: Monole, 2000: 3-63.
10. Thomas PK. Mechanism and treatment of pain. In: Dick PJ, Thomas PK (eds.). Diabetic neuropathy. 2da ed., WB Saunders, 1999:387-97.
11. Coppak SW, Watkins PJ. The Natural History of Diabetes Femoral Neuropathy. QJ Med 1991; 307-13.
12. American Diabetes Association – Standars of medical care in diabetes – 2010. Diabetes Care 2010; 33 (Suppl. 1): S11-S61.