

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

ISABELLA BERTELLI CORRÊA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO
DEPENDENTES: promoção do autocuidado.**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2014

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

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO
DEPENDENTES: promoção do autocuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Raquel Linhares Bello de Araújo

ISABELLA BERTELLI CORRÊA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO
DEPENDENTES: promoção do autocuidado.**

Banca Examinadora

Profa. Raquel Linhares Bello de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em ___/___/2014

RESUMO

A educação em saúde destinada aos pacientes diabéticos insulino dependentes consiste em uma capacitação pessoal que por meio de ações transformadoras promovam mudanças de pensamentos e ações, possibilitando uma melhora na qualidade de vida desses pacientes. Neste sentido, este trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para a promoção do autocuidado, melhoria da qualidade de vida e prevenção das complicações, destinado aos pacientes diabéticos que fazem uso de insulina. Assim sendo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, empregando-se artigos publicados em periódicos científicos indexados em base eletrônica, compreendidos no período de 2009 a 2013, de forma que o material selecionado para este trabalho foi agrupado por similaridade de conteúdos e organizado em categorias, buscando embasamento teórico para a elaboração de ações de educação em saúde destinadas a pacientes com diagnóstico de diabetes em uso de insulina. Como resultado final, foi elaborado um projeto de intervenção, visando a inserção de um grupo de autocuidado a esses pacientes na Unidade de atenção Primária à Saúde Santos Dumont do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Palavras chave: Educação em saúde, Autocuidado, Diabetes Mellitus, Insulina, Promoção da saúde.

ABSTRACT

Health education aimed at insulin dependent diabetic patients consists of a personal empowerment, that through transformative actions promote changes in thoughts and actions, allowing improvement in the quality of life of these patients. Thus, this work aims to develop an intervention project to promote self-care, improved quality of life and prevention of complications for diabetic patients who use insulin. Therefore, a literature search was performed, using articles published in journals indexed in electronic databases, comprising the period of 2009-2013. The work selected for this material was grouped by similarity of content and organized into categories as the theoretical foundation for the development of health education activities aimed at patients with diabetes using insulin. As a final result, we propose the creation of an intervention project, in order to insert a group of self-care to these patients in Unit of Primary Health Care Santos Dumont city of Juiz de Fora, Minas Gerais.

Keys words: Health education, Self Care, Diabetes Mellitus, Insulin, Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO	13
5.1 Diabetes Mellitus	13
5.2 A educação em saúde para o autocuidado no Diabetes Mellitus	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
7 CRONOGRAMA 2014	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Programa Saúde da Família (PSF) teve início na década de 90 de forma a contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como base os pressupostos do SUS, o PSF traz como proposta mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação do modelo assistencial a partir da atenção básica à saúde (BRASIL, 1997).

Na cidade de Juiz de Fora, o PSF foi implantado em 1994/95 e hoje conta com 82 equipes, distribuídas por toda a cidade. As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) representam uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia que busca integrar todos os aspectos dos serviços de saúde, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2011).

Juiz de Fora é uma cidade pertencente ao estado de Minas Gerais, localizada a 272 Km de Belo Horizonte, com cerca de 500 mil habitantes e é o principal polo de saúde da Zona da Mata Mineira, exercendo influência sobre vários municípios da região tanto no que se refere ao atendimento médico, quanto ao atendimento hospitalar.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do bairro Santos Dumont, localizada na zona oeste de Juiz de Fora, foi inaugurada em 1991, e iniciou seu atendimento no modelo tradicional, ou seja, sem a delimitação de um território específico para a equipe de saúde, que era composta pelos seguintes profissionais: 1 clínico geral, 1 pediatra, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de enfermagem e 1 auxiliar de serviços gerais.

No ano de 1997, a UAPS foi reformada e ampliada com a construção do salão de reuniões e o cirurgião dentista foi transferido para o Centro de Especialização Odontológica (CEO). A implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) ocorreu em 2003, com a chegada de 4 ACS à unidade.

Em 2008, houve a formação de 1 equipe de PSF, com a delimitação de quatro microareas no território de abrangência da UAPS, mantendo ainda algumas áreas descobertas. Esta contava com 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 assistente social e 4 ACS, que objetivavam cobrir 4 microareas.

Atualmente, a UBS conta com uma equipe de ESF em conjunto com a equipe tradicional que é composta por 2 pediatras, 2 clínicos, 1 ginecologista, 3 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras, 4 ACS, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 fisioterapeuta e 1 videofonista (marcação de consulta).

A população coberta pela equipe de Saúde da Família da UAPS Santos Dumont é de aproximadamente 2350 pessoas e a população total da área de abrangência da UAPS é de 7000 pessoas, cobrindo cerca de 660 famílias da área. Cada ACS fica responsável por cerca de 160 famílias, num total de 650 pessoas, aproximadamente.

O bairro conta com uma infraestrutura básica, sendo que 95,64% da população registrada recebe água filtrada, 0,38% utilizam da fervura, 1,71% cloração e 2,29% não tem tratamento; em relação ao abastecimento de água 98,48% é proveniente da rede pública, 1,33% de poços ou nascentes e 0,19% de outras formas; em relação ao tipo de casa 99,43% é feita de tijolo/adobe, 0,38% de material aproveitado e 0,19% de outras formas; a coleta de lixo é 100% realizada pelo serviço público; 93,93% das residências utilizam sistema de esgoto, 5,50% utiliza fossa e 0,57% é a céu aberto; 90,31% das residências possuem energia elétrica (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012)

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do ano de 2012, a hipertensão arterial e o diabetes são as principais doenças referidas nessas famílias, correspondendo a 12,18% e 2,23% respectivamente.

A UAPS Santos Dumont atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e, também, na manutenção da saúde da comunidade, sendo seus principais serviços: consultas médicas; consulta de enfermagem à mulher, pré-natal e puerpério; consulta médica de puericultura; acompanhamento de enfermagem aos desnutridos de acordo com o Serviço de atenção ao Desnutrido (SAD); fisioterapia; consultas com assistente social; atividades em grupo; administração de vacinas; coleta de material para exames complementares; realização de curativos; distribuição de medicamentos; nebulização; visitas domiciliares; marcação de exames complementares; realização de grupos e controles de acordo com a preconização dos Programas do Ministério da Saúde: controle para hipertensos; controle de puericultura que acompanha o desenvolvimento das crianças até dois anos; controle do SAD que acompanha crianças desnutridas; grupos de direitos sexuais e reprodutivos; grupo de tabagismo; grupo de fisioterapia.

Considerando os dados levantados e as demandas da unidade, selecionei o problema de relevância no momento que foi a promoção da saúde dos diabéticos insulino dependentes residentes na área de abrangência da UAPS Santos Dumont para realizar o projeto de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida desses usuários.

2 JUSTIFICATIVA

Quando realizei o diagnóstico situacional do território da UBSF por ocasião do desenvolvimento da disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) elencamos os problemas mais relevantes da comunidade e ao priorizá-los selecionei o problema dos diabéticos em uso de insulina para desenvolver o projeto de intervenção.

Diante do cenário observado pelos profissionais que atuam na UAPS, verificou-se a necessidade de elaborar um projeto de intervenção voltado especialmente para esse grupo, buscando incentivar o autocuidado e a melhora da qualidade de vida desta população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para promoção do autocuidado, melhoria da qualidade de vida e prevenção das complicações dos pacientes diabéticos que fazem uso de insulina.

3.2 Específicos

Atualizar os aspectos conceituais a respeito da importância do autocuidado nos pacientes insulino dependentes.

Elaborar ações de educação em saúde, como um grupo operativo, com vistas à melhora da qualidade de vida e mudança de comportamento de risco para complicações da doença.

4 METODOLOGIA

Para a maior compreensão do tema optou-se pela realização de uma revisão bibliográfica, elaborado com o conhecimento e informações coletadas a partir de fontes primárias e secundárias, publicadas em periódicos científicos indexados em base eletrônica.

Seguindo a metodologia adotada, foi realizado um levantamento de artigos científicos disponíveis na internet através das bases de consulta: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS).

Para a realização das buscas foram utilizados os descritores em português: Educação em saúde.

Autocuidado.

Diabetes Mellitus.

Insulina.

Promoção à saúde.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: ser redigido em português; estar disponível on line e ter sido publicado entre os anos de 2009 a 2013, salientando que este recorte temporal caracteriza uma pesquisa de revisão de literatura corrente (publicações dos últimos cinco anos).

Do material obtido, foi realizada a leitura de cada resumo/artigo destacando aqueles que respondiam ao objetivo deste estudo. Posteriormente, foram feitas leituras cuidadosas do material selecionado extraíndo conceitos abordados e de interesse para o estudo, comparando-os e agrupando-os. Assim, unidos por similaridade de conteúdos, construiu-se as categorias para a construção do referencial teórico, buscando embasamento teórico para a elaboração de ações de educação em saúde para pacientes com diagnóstico de diabetes em uso de insulina a fim de se criar um projeto de intervenção para a inserção de um grupo de autocuidado a esses pacientes na UAPS Santos Dumont.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) constitui, atualmente, um importante problema de saúde pública, sendo considerado uma epidemia global pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O DM é considerado um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Estima-se que, no Brasil, existam cinco milhões de diabéticos. Porém, por não produzir sintomas no início, na maior parte dos casos, a doença não é diagnosticada precocemente. No último censo realizado no Brasil, quase metade dos portadores de diabetes desconheciam o diagnóstico (SÃO PAULO, 2011).

Acredita-se que o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto se deve eliminar os termos DM insulino dependente e DM insulino independente. A classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas:

- DM tipo 1 (DM1): que constitui o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria das

vezes é um processo autoimune, porém, também, pode ser referida como forma idiopática.

- DM tipo 2 (DM2): que caracteriza-se por uma resistência insulínica e/ou um defeito na secreção de insulina. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos.
- Tipos específicos de DM: pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. Estão incluídos nessa categoria defeitos na função genética das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, indução por fármacos e agentes químicos, entre outros.
- DM gestacional: trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.

As duas formas mais frequentes de DM são o diabetes mellitus tipo 1 (DM1), e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que correspondem respectivamente a 5-10% e 85-90% dos casos de DM conhecidos (LANDIM, 2009 apud CROSS *et al.*, 2002).

O tratamento do diabetes tem como principal objetivo o controle dos níveis de glicose no sangue, mas a Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza também como objetivos: aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas, reduzir a mortalidade e tratar as doenças associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

O tratamento básico, tanto do DM tipo 1 quanto do DM tipo 2, consistem, primordialmente, de uma dieta balanceada, de atividade física e do uso adequado da medicação (antidiabéticos orais e/ou insulina). Portanto, o paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis (manutenção de peso adequado, prática regular de exercício, suspensão do tabagismo e baixo consumo de bebidas alcoólicas) e ao uso da medicação de forma correta (MINAS GERAIS, 2006).

A eficácia do tratamento e, portanto, do controle glicêmico do paciente com DM depende de inúmeros fatores, alguns referentes à própria doença, mas outros relacionados ao paciente e ao contexto social em que o cuidado se desenvolve, o que inclui a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, o nível de educação e informação da população e até mesmo suas crenças (XAVIER, 2008).

Os portadores de diabetes mellitus enfrentam mudanças, que, geralmente, provocam conturbação com o estilo de vida anterior, sendo necessário incorporar a doença ao seu cotidiano e aprender a conviver com ela. O diabetes pode ser controlado, desde que o paciente envolva-se e dê importância tanto para o tratamento medicamentoso quanto para o não medicamentoso (controle do peso, dieta adequada, atividade física, etc). No entanto, esta atitude tem sido um desafio permanente, não apenas para os diabéticos, mas, também para os profissionais de saúde, mostrando assim, a importância da Educação em Saúde com o objetivo de transmitir o conhecimento em saúde e favorecer o valor do autocuidado.

5.2 A educação em saúde para o autocuidado no Diabetes Mellitus

A educação em saúde é um processo que atua diretamente no conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem (SILVA *et al.*, 2009).

Silva *et al.*, (2009) destaca ainda que a educação em saúde pode ser vista como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorecendo o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular, influenciando, portanto, no estilo de vida e melhorando a relação profissional-indivíduo.

Segundo Borba *et al.*, (2012) a prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Portanto, a educação em saúde ligada à cidadania e a mudança de comportamento deve ser uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as alterações de comportamento desejadas em relação à saúde, tratando o público alvo como objeto de transformação (SILVA *et al.*, 2009).

As estratégias precisam ser adequadas e o conteúdo deve ser transferido da forma mais simples possível. Os profissionais precisam ser capazes de motivar as pessoas a compreender a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento, desde os aspectos mais pessoais de crenças e estado psicossocial até as implicações sociais do processo saúde-doença (MATSUMOTO *et al.*, 2012).

De acordo com Borba *et al.*, (2012), o apoio educacional pode ter um impacto positivo sobre o comportamento das pessoas com diabetes, mediante mudanças no estilo de vida e consequente equilíbrio metabólico, refletindo no controle da evolução da doença e na redução dos custos de atendimento à saúde.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), a educação em diabetes é um processo contínuo de facilitação de conhecimento e desenvolvimento de habilidades necessárias ao autocuidado e ao gerenciamento do diabetes, portanto, esse processo deve incorporar as necessidades, os objetivos e a experiência de vida do indivíduo portador de diabetes. Além disso, a Sociedade Brasileira de Diabetes atribui como principais objetivos da educação em saúde para diabéticos a capacitação do indivíduo para decisões adequadas diante diversas situações, o comportamento de autocuidado adequado e a solução dos problemas mais comuns do dia a dia, com a finalidade de melhorar os resultados clínicos.

Portanto, a educação para o autocuidado da doença ou a educação em DM pode ser vista como um programa de intervenções estruturadas para fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises (hipoglicemia; hiperglicemia), na prevenção de complicações e para a mudança de comportamento. Buscando, assim, capacitar o indivíduo a entender e a motivar-se a participar

efetivamente do seu regime terapêutico no dia-a-dia (TORRES; PEREIRA e and ALEXANDRE, 2011).

Assim sendo, a educação em saúde, com a informação acerca da doença e suas complicações, é fundamental, pois o controle adequado do diabetes é impossível se o paciente não estiver bem informado sobre os princípios de seu tratamento e seus principais cuidados para evitar futuras complicações.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Um projeto de intervenção parte do pressuposto que temos um problema que precisa de solução seja em nível individual ou coletivo. O projeto de intervenção é, portanto, uma ação planejada com vistas às tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Para a elaboração do projeto de intervenção levantamos alguns “nós” críticos relacionado ao elevado número de pacientes diabéticos tipo 2 insulinos dependentes descompensados. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), os “nós” críticos são as causas principais do problema selecionado, que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução, entre eles destaca-se:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Nível de informação e de entendimento do paciente deficiente podendo dificultar a compreensão do paciente sobre a gravidade de sua doença e as suas possíveis complicações.

Após levantado os principais “nós” críticos, foram elaborados operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, de acordo com a planilha apresentada a seguir.

Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<u>Hábitos e estilos de vida inadequados.</u>	Tentar modificar os hábitos e estilos de vida através de Grupos de Educação em Saúde	Alteração dos hábitos de vida com mudanças na alimentação e incorporação de atividades físicas no dia-a-dia do paciente.	Programas de atividades físicas e alimentação saudável com orientação de um profissional qualificado: - Grupo de Caminhada - Grupo de educação para o autocuidado	- Cognitivo: informação e conhecimento sobre o tema e sobre as práticas e pedagógicas; - Político: articulação com a Secretaria de Esporte e Lazer; - Financeiro: para aquisição de recursos

			- Salas de Espera sobre o diabetes	audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<u>Nível de informação e de entendimento do paciente deficiente podendo dificultar a compreensão do paciente sobre a gravidade de sua doença e as suas possíveis complicações.</u>	Aumentar o nível de informação da população sobre as possíveis complicações do Diabetes.	População mais informada sobre a doença e suas complicações.	- Grupos de educação para o autocuidado - Salas de Esperas sobre o diabetes	- Cognitivo: informação e conhecimento sobre o tema e sobre as práticas e pedagógicas; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.

Após análise do quadro 1, observou-se que a intervenção mais eficaz para solucionar os “nós críticos” levantados seria através de atividades educativas em grupo com o objetivo de proporcionar ferramentas para a execução das atividades de autocuidado, buscando uma melhor qualidade de vida.

A realização do grupo contará com uma equipe multidisciplinar composta pelos profissionais da unidade e os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFJF, cujo um dos campos de atuação é a UAPS Santos Dumont.

A abordagem inicial se dará através da busca ativa dos pacientes cadastrados pelos agentes comunitários de saúde e os profissionais da unidade, buscando sensibilizar esses pacientes quanto a importância do conhecimento da doença e de seus principais cuidados para um melhor controle da mesma.

As atividades educativas serão realizadas em encontros semanais em grupo de no máximo 15 pessoas, às sextas-feiras, das 09 às 10 horas, com duração de uma hora cada encontro, totalizando, portanto, dez encontros.

Embasado no referencial teórico, foram selecionados seis temas que serão abordados nesses encontros, separados conforme quadro a seguir.

Quadro 2 – Planejamento dos encontros semanais

Tema	Encontros	Responsável
Primeiro tema: Conhecendo o Diabetes	<u>1º encontro:</u> “Conhecendo o Diabetes”, será conceituado o que é o diabetes, seus tipos, noções de fisiopatologia e os principais sintomas da doença.	Enfermeira
	<u>2º encontro:</u> “Hiperglicemia X Hipoglicemia”, suas diferenças, principais causas e sintomas e o que ser feito em cada caso.	
Segundo tema: Terapia medicamentosa em DM	<u>3º encontro:</u> “Hipoglicemiantes orais”, o papel dos hipoglicemiantes orais, principais cuidados e sua importância para o controle glicêmico.	Farmacêutico
	<u>4º encontro:</u> “Terapia Insulínica”, o papel da insulina, as consequências de sua falta; noções fundamentais de terapia insulínica, incluindo os tipos de insulinas disponíveis, o tempo de ação, técnica de administração e armazenamento.	
Terceiro tema: Hábitos alimentares saudáveis	<u>5º encontro:</u> “Alimentação saudável”, os principais aspectos nutricionais e apresentação da pirâmide alimentar; relação entre o uso de insulina e a alimentação.	Nutricionista
	<u>6º encontro:</u> “Cuidados do dia a dia na alimentação”, a importância da leitura de rótulos; noções de contagem de carboidratos; diferenças entre produtos light e diet; abordar o uso de álcool e o DM.	
Quarto tema: A atividade física para o diabetes	<u>7º encontro:</u> “Atividade física X Exercício físico”, diferença entre atividade física e exercício físico; efeito do exercício físico na glicemia; prevenção da hipoglicemia e atividade física.	Educador Físico
Quinto tema: Automonitorização da glicemia	<u>8º encontro:</u> “Automonitorização da glicemia”, conceitos de automonitorização sua importância, significado e interpretação.	Enfermeira
Sexto tema: Aspectos emocionais e familiares	<u>9º encontro:</u> “O emocional e o DM”, ênfase nos aspectos emocionais e na importância do envolvimento de familiares no tratamento do DM.	Psicóloga
Avaliação e Confraternização	<u>10º encontro:</u> aplicação da Ficha de avaliação e monitoramento (quadro 3) e Café da Manhã.	Todos

Os temas serão abordados pelos profissionais através de uma linguagem compreensível e simples, adequando-os à realidade dos pacientes, buscando conhecer seus conhecimentos prévios e suas necessidades em relação à doença.

Para o sucesso de um projeto de intervenção são necessários o monitoramento e avaliação. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

A Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE) sugere a aplicação de sete medidas de avaliação comportamental para identificar a qualidade dos resultados obtidos com um programa de educação efetivo, estando entre eles:

- Prática de exercício regular.
- Mudança de hábito alimentar.
- Auto monitoração da glicemia.
- Adesão á posologia da medicação.
- Redução dos riscos das complicações agudas e crônicas.
- Auto manejo nos dias de doenças rápidas, viagens e situações especiais com capacidade de corrigir hipo e hiperglicemias.
- Boa adaptação psicossocial.

Portanto, para o monitoramento e avaliação do grupo ao final de cada encontro serão verificados e registrados os valores da pressão arterial, glicemia capilar pós-prandial, circunferência abdominal, peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).

Além, da aplicação da ficha de avaliação e monitoramento (quadro 3) no primeiro e no último encontro, para avaliação da melhora do comportamento e do autocuidado dos participantes.

Quadro 3 – Ficha de avaliação e monitoramento

Nome: _____		Data: ____/____/____	
Tipo de DM: () DM 1 () DM 2		Tempo de diagnóstico (anos): _____	
Hábito de fumar: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, _____ cigarros/dia. Há quanto tempo? (anos): _____ <input type="checkbox"/> parou de fumar, fumava _____ cigarros/dia. Quanto tempo fumou? (anos): _____			
Acompanhamento médico: <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> plano de saúde		Ingestão de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, freqüência (dias/semana): _____	
Dieta (segundo orientação): <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Atividade física: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, freqüência (dias/semana): _____	
Automonitoração da glicemia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, freqüência: _____			
Tratamento medicamentoso: <input type="checkbox"/> não utiliza <input type="checkbox"/> somente antidiabético oral, qual(s)? _____ <input type="checkbox"/> antidiabético oral + insulina (NPH), qual(s)? _____ <input type="checkbox"/> antidiabético oral + insulina (NPH + R), qual(s)? _____ <input type="checkbox"/> somente insulina (NPH) <input type="checkbox"/> somente insulina (NPH + R) <input type="checkbox"/> outro: _____			
Complicações crônicas decorrentes do DM: <input type="checkbox"/> olhos <input type="checkbox"/> rins <input type="checkbox"/> nervos <input type="checkbox"/> pés <input type="checkbox"/> coração			
Co-morbidades, além do DM: <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> colesterol alto <input type="checkbox"/> doença renal <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> circulação <input type="checkbox"/> outras: _____			

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura estudada aponta como importante para o controle do diabetes, não apenas o uso sistemático da terapêutica, mas também medidas promocionais e de autocuidado. Destaca a importância da alimentação saudável, do exercício físico como fatores determinantes para a qualidade de vida do diabético.

O projeto traduz a importância da atuação de uma equipe multiprofissional nos grupos e, de fato, de todas as ações programadas.

REFERÊNCIAS

BORBA, A. K. O. T. et al. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. F.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

LANDIM, C. A. P. **A competência de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2009.

MATSUMOTO, P. M. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo. v. 46, n. 3, Jun., 2012 .

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção á saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde. **Manual de orientação clínica: diabetes mellitus**. São Paulo: SES/SP, 2011.

SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. Rene Fortaleza**. v. 10, n. 3, jul/set. 2009.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), 2012.
><http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3.ed. Itapevi, São Paulo, 2009.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011.

XAVIER, A. T. F. **Educação em saúde como intervenção de enfermagem com pacientes adultos diabéticos: uma análise de estudos que trazem evidências**. Monografia (Especialização em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial) - Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2008.