

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DAS GRAÇAS E SILVA**

**TRATAMENTO E CONTROLE DA DIABETES: CRIANDO ESTRATÉGIA DE  
ORIENTAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DAS GRAÇAS E SILVA**

**TRATAMENTO E CONTROLE DA DIABETES: CRIANDO ESTRATÉGIA DE  
ORIENTAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Maria Lígia dos Reis  
Bellaguarda**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **TRATAMENTO E CONTROLE DA DIABETES: CRIANDO ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO** de autoria do aluno **MARIA DAS GRAÇAS E SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda**  
Orientadora

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Deus primeiramente, Seu sopro de vida em mim deu-me coragem para prosseguir, apesar dos percalços que sobremaneira atropelam minha caminhada.

Em segundo lugar, às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim.

Aos meus pais (in memória), quanta saudade sinto de vocês, e triste saber que não estarão aqui para partilhar comigo mais essa vitória. Amo vocês.

A minha família, por sua capacidade de acreditar em mim, isto faz toda a diferença, a partir desse crédito nasce à esperança.

Aos meus colegas de trabalho pelo conhecimento, alegrias e companheirismo compartilhado.

A minha amiga, Katuscia Ramalho, que Deus deu-me o privilégio de conhecer.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, fonte de vida e libertação, que me embebeda todos os dias no seu amor e me faz acreditar num mundo mais justo, mais humano e mais fraterno, crença essa que me mantém de pé todos os dias da minha vida. Sem Ele eu não estaria aqui.

Ao concluir este sonho, lembro-me de muitas pessoas a quem ressalto reconhecimento, pois, esta conquista concretiza-se com a contribuição de cada uma delas, seja direta ou indiretamente. No decorrer dos dias, vocês colocaram uma pitada de amor e esperança para que neste momento findasse essa etapa tão significativa para mim.

A todos da minha família que, de alguma forma, incentivaram-me na constante busca pelo conhecimento. Em especial aos meus pais (em memória) por me apresentar a simplicidade e o gosto da e pela vida, inculcando valores sem os quais jamais teria me tornado pessoa, buscando de fato todos os dias, ser mais humana e sensível às necessidades dos outros. A minha querida amiga, Katiuscia Ramalho, que Deus deu-me o privilégio de conhecer; uma amizade tão recente, mas que após 112 hs de uma convivência tão intensa conseguiu agregar maior valor a minha fé, tenho a impressão de conhecê-la da vida inteira. Obrigada; com você aprendi o valor do sorriso da alegria e da fé em Deus..

À tutora Soraia .... e a orientadora, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda , com quem partilhei o que era a semente daquilo que veio a ser esse trabalho; obrigada pelos ensinamentos, paciência e confiança ao longo do curso, com vocês as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo que eu venha a produzir. Com vocês mesmo a distância aprendi a refletir, investigar e buscar o conhecimento e posso dizer, que meu projeto não teria sido o mesmo sem o auxílio de vocês.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
1.1. OBJETIVOS .....	10
1.1.1. Objetivo Geral.....	10
1.1.2. Objetivos Específicos.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	11
2.1 Definição E Classificação Do Diabetes Mellitus .....	11
2.1.1 Tipos de Diabetes .....	11
2.2 Prevalência Do Diabetes Mellitus .....	12
2.3 Fatores De Risco Para O Diabetes Mellitus .....	13
2.4 Tratamentos E Controle Do Diabetes Mellitus.....	14
2.5 Conscientização E Adesão Ao Tratamento Dos Pacientes Diabéticos .....	16
3 MÉTODO .....	19
3.1 Tipo de estudo .....	19
3.2 Público alvo.....	19
3.3 Local de desenvolvimento do estudo .....	19
3.4 Coleta, Organização e análise dos dados.....	20
3.5 A ética e o projeto de pesquisa .....	22
4 RESULTADO PARCIAL .....	23
5. PLANILHA CRONOGRAMA .....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS.....	27

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

DM - Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESFs- Equipes de Saúde da Família

HIPERDIA - Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SIGAF - ,Sistema de Gerenciamento de Artigos Farmaceuticos

SMS- Secretários Municipais de Saúde

SRS/GV - Superintendencia Regional de Saúde de Governador Valadares

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

VET - Valor Energético Total

## RESUMO

O diabetes é um relevante problema de saúde pública no Brasil. Essa patologia compromete a produtividade, sobrevivência do homem e qualidade de vida, além dos altos custos com tratamento e suas complicações. Medidas como promoção, prevenção, tratamento e controle são de suma importância para a população. A dificuldade de adesão no tratamento e controle do diabetes é uma barreira a ser vencida pelo sistema de saúde. Dessa forma, faz-se necessária a conscientização da população, pacientes e familiares sobre a importância do tratamento e controle do diabetes. Diante do que estimulou o desenvolvimento deste estudo na abordagem qualitativa, com o objetivo de criar estratégia para a sensibilização dos pacientes diabéticos e seus familiares à adesão do tratamento e controle da doença. O público-alvo serão os usuários beneficiados pela cartilha, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos cinquenta e um (51) municípios da área de circunscrição da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais. Para a coleta e organização dos dados serão consultadas literaturas nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com os critérios de inclusão: estudos sobre a temática do cuidado a pacientes com diabetes e orientações ao diabético, indexados na base de dados, publicados no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012, com resumos disponíveis e acessados na íntegra pelo meio *on-line* no idioma português. Após leitura flutuante dos textos e na terceira etapa mais atenta se iniciará a organização da cartilha educativa. Este projeto apresenta resultado parcial com a busca literária para organização do material didático-educativo. Espera-se com a aplicação desse projeto mobilizar a adesão ao tratamento, a melhoria da qualidade de vida da população e favorecer o controle do agravo.

**Palavras- Chave:** Diabetes Mellitus; educação em saúde; Qualidade de Vida.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional (MARTINS *et al*, 2007). Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento (FARDO *et al*, 2005).

Dentre as doenças crônicas, o *Diabetes mellitus* e a hipertensão arterial são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias. (PEREIRA, 2012)

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, em que grande parte de suas complicações torna o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas, o que pode contribuir para uma diminuição de sua auto estima e, conseqüentemente, afetar sua qualidade de vida (XAVIER, BITTAR, ATAILDE, 2009). A diabetes é um importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

A abordagem do diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002). Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio das suas principais objetivos que são a prevenção e promoção de

Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: sócio-econômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF (MIRANZI *et al*, 2008).

O diabetes é um relevante problema de saúde pública no Brasil. Essa patologia compromete a produtividade, sobrevida do homem, qualidade de vida, além dos altos custos com tratamento e suas complicações. Medidas como: promoção, prevenção, tratamento e controle são de suma importância para a população. A dificuldade de adesão no tratamento e controle do diabetes é uma barreira a ser vencida pelo sistema de saúde.

Dessa forma, faz-se necessária a conscientização da população, pacientes e familiares sobre a importância do tratamento e controle do diabetes, uma vez que a partir da pesquisa no banco de dados "HIPERDIA" no site do Ministério da Saúde (MS) no período de 01/2007 a 12/2013 os municípios da Superintendencia Regional de Saúde de Governador Valadares (SRS-GV) tem cerca de 4.941 pessoas com diabetes cadastradas. sendo que a população total dos 51 municípios de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010) esses municípios juntos soma-se a uma população estimada de 658.005 mil pessoas.

Diante do número expressivo de diabéticos nos municípios de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares é de suma importância conscientizar a população através de cartilha educativa sobre detecção, tratamento e controle dessa patologia. Assim estes pacientes evitarão outras complicações e terão mais qualidade de vida. Foi atendendo à essa necessidade que justifica-se o buscou-se criar o projeto.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. Objetivo Geral**

- ✓ Criar estratégia para a sensibilização dos pacientes diabéticos e seus familiares à adesão do tratamento e controle da doença.

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar a realidade da adesão ao tratamento e controle da diabetes em Governador Valadares;
- ✓ Realizar busca literária em base de dados à fundamentação teórica;
- ✓ Organizar material didático referente ao tratamento e controle da diabetes em Governador Valadares;

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Na fundamentação teórica serão abordados alguns conceitos e temas que se fazem necessários para a melhor compreensão deste projeto e que fortalecerão ainda mais a sua relevância para o SUS (Sistema Único de Saúde).

### **2.1 Definição E Classificação Do Diabetes Mellitus**

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

#### **2.1.1 Tipos de Diabetes**

##### **a) Diabetes tipo 1:**

Este tipo de diabetes ocorre quando a célula beta é destruída e não há produção de insulina, então o indivíduo deve fazer uso da insulina exógena. Ocorre na maioria dos casos em adolescentes e crianças.

##### **b) Diabetes tipo 2:**

Diabetes no qual o indivíduo secreta pouca insulina, muitos dos indivíduos com diabetes tipo 2 apresentam sobrepeso ou excesso de gordura abdominal.

##### **c) Diabetes gestacional:**

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída (BRASIL, 2006).

## **2.2 Prevalência Do Diabetes Mellitus**

O Diabetes Mellitus é um grande problema de saúde pública. Nos municípios de jurisdição da SRSGV a morbimortalidade associada ao diabetes é de grande relevância, assim como no Brasil e no mundo inteiro.

Esta doença está sendo considerada um importante problema de saúde pública devido aos altos índices epidemiológicos, ao impacto negativo trazido para sociedade, causado pelas suas complicações que levam o indivíduo à invalidez precoce e diminuem a qualidade de vida e sobrevida dos doentes, além dos prejuízos econômicos causados pelo alto custo do tratamento e frequentes hospitalizações (DUNCAN, 2004).

De acordo com Passos, Assis & Barreto (2006), a prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde

As conseqüências a longo prazo como as complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de aparecimento de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2003).

Nesse contexto, as medidas de prevenção tornam-se as únicas estratégias de redução da morbimortalidade causada por essa doença. Para Paiva, Bersusa & Escuder (2006), o controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético.

Os municípios da Superintendencia Regional de Saúde de Governador Valadares (SRS-GV) de acordo com o banco de dados "HIPERDIA", tem cerca de 4.941 pessoas com diabetes cadastradas, no período de 01/2007 a 02/2014, sendo que a população total dos 51 municípios de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010) esses municípios juntos soma-se a uma população estimada de 658.005 mil pessoas.

### **2.3 Fatores De Risco Para O Diabetes Mellitus**

Segundo o Ministério da saúde (2006), cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde os fatores indicativos de maior risco são os listados a seguir:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).

- História de macrosomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

## **2.4 Tratamentos E Controle Do Diabetes Mellitus**

Para tratamento e controle do diabetes deve-se ter uma alimentação equilibrada, praticar exercícios físicos e fazer uso correto dos medicamentos necessários.

Em relação alimentação equilibrada para DM o Ministério da saúde (2002), orienta:

- O plano alimentar deve ser personalizado de acordo com a idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em sua região.
- Deve-se fracionar as refeições, objetivando a distribuição harmônica dos alimentos, evitando grandes concentrações de carboidratos em cada refeição, reduzindo assim, o risco de hipo e hiperglicemia. O paciente deverá seguir as seguintes recomendações:
- Para o DM tipo 1 – seis refeições ao dia (três grandes refeições e três pequenas refeições)
- Para o DM tipo 2 – de quatro a seis refeições ao dia.
- Incentivar o consumo de fibras alimentares (frutas, verduras, legumes, leguminosas, cereais integrais), pois além de melhorar o trânsito intestinal retardam o esvaziamento gástrico, proporcionando maior saciedade e comum efeito positivo no controle dos lipídios sanguíneos.
- Evitar alimentos ricos em gordura saturada e colesterol (gorduras de origem animal, carne de porco, lingüiça, embutidos em geral, frutos do mar, miúdos, vísceras, pele de frango, dobradinha, gema de ovo, mocotó, carne vermelha com gordura aparente, leite e iogurte integral (no caso de adultos), manteiga, creme de leite, leite de côco, azeite de dendê e chocolate.
- Evitar frituras em geral. Não cozinhar com margarinas ou creme vegetal.

- Não é recomendável o uso habitual de bebidas alcoólicas. O consumo moderado (uma a duas vezes por semana, no limite de um cálice de vinho ou uma lata de cerveja ou 50 ml de bebida destilada) é tolerado por pacientes bem controlados, desde que a bebida seja ingerida como parte de uma refeição e que as calorias estejam incluídas no valor energético total (VET) da dieta) (Ministério da Saude, 2002).

- A importância da atividade física segundo o Ministério da Saude (2002):

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo em nossa população, mais da metade das pessoas exercem muito pouca ou nenhuma atividade física. Hábito de vida sedentário tem sido a tônica em especial nos grandes centros urbanos. Incrementar o conhecimento e envolvimento da população sobre os benefícios da atividade física constitui uma estratégia importante no controle e prevenção da diabetes. A meta é fazer com que pessoas sedentárias passem a ser um pouco ativas e que as pouco ativas se tornem regularmente ativas, incorporando a atividade física em sua rotina de vida. Ao prescrever atividades físicas, considerar que:

- Para a maioria das pessoas, caminhar 30 minutos, diariamente ou na maioria dos dias da semana, tem efeito benéfico e não oferece riscos. Estudos da American Heart Association indicam que a atividade física de intensidade leve a moderada, praticada nestas condições, pode ser aplicado aos diabéticos em geral. Atividades físicas moderadas são aquelas que aumentam o ritmo dos batimentos cardíacos, fazendo com que a pessoa mantenha-se aquecida e respire um pouco mais rápido que o normal, mas sem dificuldade.
- O tempo de 30 minutos pode ser fracionado, por exemplo, em sessões de dez minutos, três vezes ao dia, ou quinze minutos, duas vezes ao dia.
- É importante observar que a atividade física deve ser introduzida de forma gradativa na rotina de vida das pessoas, respeitando os limites do corpo. Sua prática deve ser regular e continuada para que seus benefícios se tornem evidentes.
- Não é necessário nenhum equipamento, habilidade ou conhecimento específico para ser mais ativo caminhando, dançando, pedalando, passeando com os filhos, amigos e ou o cachorro, cuidando das plantas, da casa ou lavando o carro.
- Deve-se ingerir líquidos em quantidade suficiente, antes, durante e depois do exercício, para evitar a desidratação;
- O paciente portador de DM deve trazer consigo uma identificação e ser orientado para ter acesso imediato a uma fonte de carboidratos rapidamente absorvíveis (tabletes de glicose

c) Medicamentos usados no tratamento e controle do DM.

## **2.5 Conscientização E Adesão Ao Tratamento Dos Pacientes Diabéticos**

Uma grande frustração da atenção primária no tratamento e controle do diabetes é a falta de adesão e conscientização dos pacientes portadores de doenças crônicas não-transmissíveis.

E de acordo com Santos *et. al.* (2005), a não-adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente têm sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez.

O mesmo autor, relata ainda que a problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores.

Concordando com o autor citado acima, Veras (2003) descreve em seu trabalho que a não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico. Tendo como consequência maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares.

Sendo assim, Junior *et al.* (2006), afirma que a adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente. Enquanto que a não

idade (jovens ou idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos ou, ainda, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

E, para Schmidtl *et. al.* (2009), a alta morbimortalidade associada ao diabetes demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas. No Brasil, políticas e estratégias para seu controle vêm possibilitando a integração de ações preventivas na atenção básica à saúde.

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de DM podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e promoção de saúde. A atenção primária trata-se do primeiro nível de atenção à saúde onde nos anos 90 recebeu o reforço do Programa de Agentes Comunitário (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Tais programas reafirmaram seu o conceito e reorganizaram suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios bem delimitados. Por conta da grande importância funcional destes programas, atualmente considera-os como uma estratégia.

O país, através do Ministério da Saúde (MS), também criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM) , o Ministério da Saude publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – HIPERDIA. Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (MARCHI, 2011).

De acordo com o Ministério da Saude, 2002 deve-se auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal e da pressão arterial. Só se consegue atingir um bom controle do diabetes com uma alimentação adequada através dos seguintes pontos:

- Incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis para prevenção obesidade e DM.
- Aumentar o nível de conhecimento da população sobre alimentação equilibrada, manutenção do peso adequado e benefícios da atividade física.
- Buscar adequar as orientações sobre hábitos de alimentação saudáveis e prática da

- No caso do diabetes instalado, aplicar a terapia nutricional para a prevenção ou correção do excesso de peso, manutenção da glicemia,

Como forma de melhorar a adesão terapêutica conforme Gusmão *et. al*, (2009) torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde. Partindo desse pressuposto, a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O estudo de abordagem qualitativa trata-se de um projeto para criação de uma cartilha que será utilizada como material educativo, uma tecnologia cuidativo-educacional, para promover a saúde de pacientes diabéticos quanto à adesão ao tratamento, às práticas de saúde que lhes forem estabelecidas e adoção aos hábitos saudáveis de vida.

#### **3.2 Público alvo**

O público-alvo do projeto serão os usuários beneficiados pela cartilha, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos cinquenta e um (51) municípios da área de circunscrição da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais.

#### **3.3 Local de desenvolvimento do estudo**

O local de estudo para a idealização e organização do trabalho será a Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais.(SRS/GV) que fica situada na região leste do Estado de Minas Gerais, tendo em sua área de circunscrição cinquenta e um (51) municípios de médio e pequeno porte, subdivididos em quatro microrregiões e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010) esses municípios juntos somam-se a uma população estimada de 658.005 mil pessoas.

Realizou-se uma pesquisa no banco de dados "HIPERDIA" no site do Ministério da Saúde (MS) no período de 01/2007 a 12/2013 os municípios da Superintendencia Regional de

cadastradas, pesquisou-se também no banco de dados de Sistema de Gerenciamento de Artigos Farmacêuticos de Minas Gerais (SIGAF/MG), onde foram encontradas cerca de 6.083 pessoas cadastradas, sendo que 2004 pessoas têm o diabetes do tipo 1 e 4.179 pessoas com diabetes do tipo 2. Buscou-se pesquisar também o número de óbitos por diabetes e suas complicações ocorridos no período de 01/2007 a 02/2014, sendo encontrados cerca de 1.287 registrados. A partir dos dados encontrados percebe-se que há uma subnotificação do verdadeiro número de pessoas portadoras de diabetes nos 51 municípios de circunscrição da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais, podendo esse número ser ainda maior do que o encontrado no SIGAF, pois cerca de 15 a 20% da população utiliza a rede particular para realizar tratamento de saúde. Sabe-se que a população total dos 51 municípios de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) esses municípios juntos somam-se a uma população estimada de 658.005 mil pessoas.

Este projeto foi iniciado em novembro de 2013 e a pretensão para a entrega do mesmo será no final de março de 2014 para posterior desenvolvimento da proposta.

### **3.4 Coleta, Organização e análise dos dados**

Primeiramente, para a organização do material proposto, no que tange ao levantamento bibliográfico foram consultados as bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordem a temática do cuidado a pacientes com diabetes e orientações ao diabético, indexados na base de dados, publicados no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2012, com resumos disponíveis e acessados na íntegra pelo meio on-line no idioma português. Foram utilizados os seguintes descritores controlados: Diabetes Mellitus; Tratamento e Controle; Conscientização e adesão; Qualidade de Vida, individualmente ou integradas. Consultou-se ainda os manuais e protocolos e informes do Ministério da Saúde, material esse encontrado nas Unidades de Saúde dos 51 municípios de circunscrição da SRSGV. E como critérios de exclusão que não respondam as palavras chave determinadas, textos em outros idiomas e que não pertenciam ao período estimado para o estudo.

Na segunda etapa de desenvolvimento deste projeto será realizado uma leitura flutuante dos textos, pois este momento consiste em buscar conteúdo acerca do agravo. A terceira etapa será realizada uma leitura mais atenta do conteúdo manifesto e optou-se por fichamento que constará as orientações mais prevalentes sobre a diabetes e a posteriori se fará a seleção do conteúdo para abordagem no material/cartilha educativa. Construir-se-a dessa forma o projeto que subsidiará a criação da cartilha de orientações aos pacientes com diabetes.

A quarta etapa se dará com a construção da cartilha propriamente dita, e o conteúdo desta terá caráter informativo, e com respaldo literário de bibliografias tais como; caderno de atenção básica voltado para o Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, informações encontradas no site da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e nas literaturas pesquisadas que comporão a primeira etapa desta coleta de dados. As informações constantes nessa cartilha constarão de linguagem simples, acessível e de dinâmicas que possibilitem tanto ao portador de diabetes quanto aos demais cidadãos assimilar o descrito. Nesta cartilha também será acrescentado imagens para que a compreensão do que está contido tenha ainda mais impacto junto à pessoa que tiver acesso a mesma.

Após a construção da cartilha, a mesma será formatada e passada para PDF, sendo posteriormente enviada para os Secretários Municipais de Saúde (SMS) dos municípios de circunscrição da SRSGV por meio de e-mail explicando sobre o conteúdo e importância da cartilha e que se assim o desejarem possam encaminhar o material para a gráfica e realizarem a impressão da mesma, na quantidade desejada. O ônus que tiver com os custos da impressão e distribuição da cartilha é de inteira responsabilidade dos SMS, que se interessarem pelo material e desejarem distribuir o mesmo nas UBS e ESF do município sob sua gestão.

O material poderá também ser colocado em rede social como blogs, facebook, twitter, e aplicativos de celulares, uma vez que a informatização tem chegado a grande parte da população nos rincões mais distantes do Estado e País.

O cuidado que se terá com a organização do material envolverá esclarecimentos sobre o agravo, formas de tratamento e mudança de estilo de vida; pois sabe-se que uma linguagem clara e de fácil compreensão, acompanhado também por imagens ilustrativas tem maior impacto sobre as pessoas que possam vir a ler o referido material.

### 3.5 A ética e o projeto de pesquisa

Os cuidados éticos no projeto de pesquisa envolvem responsabilidades quanto a fonte e uso de recursos, deve ser bem explicitado para não haver interesses que contrariem os princípios éticos. Em relação a metodologia é necessário uma avaliação criteriosa e rigorosa na análise e apresentação dos resultados. Quando o projeto envolve terceiros é necessário consentimento livre e esclarecido com o intuito de preservar o anonimato o sigilo e as particularidades do sujeito. Necessário se faz o cuidado nas citações de terceiros, pois a fraude e o plágio é uma prática condenável porque atenta contra os direitos do autor.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde expressa em seus fundamentos:

“A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. (BRASIL, 2012).

Por se tratar de um trabalho a ser desenvolvido por meio de dados secundários este projeto não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Este estudo na forma de projeto será apresentado para conclusão do curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem com ênfase nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Incluir-se-á a primeira etapa de busca na literatura como primeira parte da busca literária deste estudo já alcançada.

#### 4 RESULTADO PARCIAL

De acordo com a busca literária realizada, neste primeiro momento, foram encontrados 57 estudos na base de dados, que após análise, 21 se adequavam aos critérios de inclusão, dos quais 4 foram publicados em periódicos, 12 se encontram indexados em sites, artigos esses que tinham mais relevância por estarem em maior consonância com o objetivo deste projeto, que respondesse aos critérios de inclusão e que fundamentasse as orientações a serem dadas a comunidade, e 5 são Manuais e Cadernos da Atenção Básica em Saúde do Ministério da Saúde que se referem quase que exclusivamente ao diabetes.

**Quadro 1:** Descrição dos estudos utilizados, segundo autor(es) e ano de publicação

BRASIL, (2006)	BRASIL . MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
BRASIL (2012)	BRASIL. Resolução N° 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos . Disponível em: < <a href="http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf">http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf</a>
DUNCAN, (2004)	DUNCAN, B. B. <i>Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências</i> . 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.
FARDO, (2005)	FARDO, Veriano Maria; CREUTZBERG, Marion; SILVA Maria Cristina Santana. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. <b>Revista Nursing</b> . Rio Grande do Sul, v. 18, n.8, jul. 2005.
GUSMÃO, (2009)	GUSMÃO, Josiane Lima, et. al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. <b>Revista Brasileira de Hipertensão</b> . São Paulo, v.16, n.1, 2009. Disponível em: <a href="http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf">http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf</a> . Acesso em: 20 de outubro de 2011.
JUNIOR, (2006)	JUNIOR, Divaldo Pereira de Lyra, et. al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. <b>Revista Latino-americana de Enfermagem</b> . v. 14, n.1, 2006 mai/junh. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf</a> . Acesso em : 06 de janeiro de 2014.
MARCHI,(2011)	MARCHI, Kátia Colombo. <b>Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado</b> . Escola de Enfermagem. Ribeirão, 2011. Disponível em: <a href="http://lattes.cnpq.br/8495429568343969">http://lattes.cnpq.br/8495429568343969</a> . Acesso em 20 de dezembro de 2013

MARTINS,(2007)	MARTINS, Josiane de Jesus et. al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. <b>Texto Contexto Enfermagem</b> . Florianópolis V. 16, n.2 abr./jun. 2007. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007</a> . Acesso em : 06 de nov. de 2013.
MS, (2001)	Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. <b>Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus</b> . Brasília (DF): MS; 2001.
MS, (2002)	Ministério da Saúde , Secretaria de Políticas de Saúde . <b>Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus</b> . Brasília , 2002.
MS, (2006)	MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Organização Pan-Americana de Saúde. Avaliação do plano de reorganização de atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
MIRANZI,(2008)	MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com <i>diabetes mellitus</i> e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. <b>Texto e contexto-enfermagem</b> , Florianópolis, V.17, n.4, out./dez. 2008. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007</a> . Acesso em : 06 de nov. de 2013
PAIVA, (2006)	PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. 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. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 377-385, 2006
PASSOS, (2006)	PASSOS, Valeria Maria de Oliveira; ASSIS Tiago Duarte; BARRETO Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. <b>Epidemiologia e Serviços de Saúde</b> . Belo Horizonte, v.15, n.1, jan./Marc. 2006. Disponível em: <a href="http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/porta/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf">iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/porta/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf</a> . Acesso em: 03 de nov. de 2013
PEREIRA,(2012)	PEREIRA, Gislaine Maria. A Importância da Conscientização no Controle e Tratamento dos Pacientes Hipertensos e Diabéticos Atendidos nas Unidades Básicas da Microrregião de Governador Valadares./Gislaine Maria Pereira. – Governador Valadares, 2012. Trabalho de conclusão de curso Gestão Microrregional em Saúde – SENAC MG, Governador Valadares, 2012.
SANTOS,(2005)	SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo et. al. <b>Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar</b> . Texto contexto Enfermagem. Florianópolis, v.14, n.3, Julh/Set, 2005 disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300003">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300003</a> . Acesso em: 05 de nov. de 2013.
SBD,(2002)	SBD _ Sociedade Brasileira de Diabetes - Consenso Brasileiro sobre Diabete 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Disponível em: <a href="http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002">http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002</a> . Acessoem: 12 dez. 2013.

SBD,(2003)	SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.
SCHMIDT,(2009)	SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. <b>Revista de Saúde Pública</b> . Rio de Janeiro ,vol.43, n.2, 2009. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010</a> . Acesso em: 05 de nov. de 2011.
VERAS,(2003)	VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. <b>Caderno de Saúde Pública</b> . Rio de Janeiro, v. 19, n.3, mai/junh, 2003. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300003">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300003</a> . Acesso em: 05 de dez. de 2013
XAVIER,(2009)	XAVIER, Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. <b>Texto e contexto-enfermagem</b> , Florianópolis, v.18, n.1, jan./mar. 2009. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100015">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100015</a> . Acesso em: 15 de dez. de 2013

Em relação ao ano de publicação, verificou-se um predomínio de estudos do ano de 2006 com quatro (19 %), seguido por 2009 com três (14 %) estudos. Sobre a autoria dos estudos, observou-se que 10 estudos (47,6%) foram publicados por equipes multiprofissionais, cinco (23,8%) são publicações da autoria do Ministério da Saúde e dois (9,5%) são publicações da Sociedade Brasileira do Diabetes.