

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULA REGINA FERREIRA LEMOS

**IDOSOS DIABÉTICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO
PROGRAMA HIPERDIA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULA REGINA FERREIRA LEMOS

**IDOSOS DIABÉTICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO
PROGRAMA HIPERDIA.**

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.

A minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada sem a ajuda de meus amáveis e queridos pais Hildo e Lúcia Lemos, que, no decorrer da minha vida, proporcionaram-me, além de extenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre em Deus à força maior para o meu desenvolvimento como ser humano. Por essa razão, gostaria de dedicar e reconhecer à vocês, minha imensa gratidão e sempre amor.

À Deus, dedico o meu agradecimento maior, porque têm sido tudo em minha vida.

Um agradecimento especial as minhas queridas irmãs Paola, Pâmela e Perla que permaneceram sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos; ao meu querido namorado Ronildo pela paciência e compreensão dos meus momentos de ausência e a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para mais esta realização profissional.

À todos vocês, meu muito obrigado.

Paula Regina Ferreira Lemos

AGRADECIMENTOS

Á Prof. Francine Lima Gelbecke pela orientação deste Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização.

Á Profª Tutora Betina pela paciência e conhecimentos repassados durante os encontros presenciais.

A coordenadora local Profª Medeiros pelo acolhimento à todos os especializandos.

Aos amigos Ivan Garcia, Adriana Diniz, Joseleia Campos pelo grande incentivo e contribuição para com a realização deste trabalho.

Aos meus Agentes Comunitários de Saúde integrantes da ESF Palmeiras do Açaí Antônia, Romana, Mirleide, Francilene e Socorro que colaboraram significativamente para com a coleta de dados.

Á todos vocês, o meu muito obrigado.

Paula Regina Ferreira Lemos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICES E ANEXOS	28

RESUMO

Objetivos: Conhecer o perfil dos idosos diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da Estratégia de Saúde da Família Palmeira do Açaí; Descrever Ações de enfermagem para o cuidado ao idoso diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da Estratégia de Saúde da Família Palmeiras do Açaí e Estabelecer um Plano de Capacitação Profissional com enfoque na Educação Permanente sobre Diabetes Mellitus aos profissionais das Estratégia de Saúde da Família do município de Ananindeua-PA. **Método:** Utilizou-se a Tecnologia de Cuidado e de Educação, pois a proposta inclui melhoria da assistência e capacitação da equipe para alcançarmos uma melhor adesão ao Programa HIPERDIA. Analisou-se um grupo de 32 idosos diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA. **Resultado e Análise:** Observou-se que 19 (59,3%) são do sexo feminino e 13 (40,7%) do sexo masculino, muitos fazem uso de tabaco e álcool, 17 (53,1%) fazem corretamente o uso da medicação e 15(46,9%) não realizam tal cuidado de forma regular. Alegando não considerarem necessário tal uso regular, relatado por cerca de 55% dos entrevistados, apontando a necessidade do reforço na orientação adequada uso da medicação. A partir dos dados coletados foi possível estabelecer ações de enfermagem, bem como elaborar um plano de capacitação profissional. **Conclusão:** Há necessidade de se implementarem ações de enfermagem que possibilitem um cuidado mais adequado à população idosa diabética, bem como realizar capacitação da equipe de saúde, haja vista que a Educação Permanente dos profissionais de saúde possibilita o estabelecimento de estratégias educativas e de intervenção para melhoria da qualidade de vida dos idosos diabéticos.

1 INTRODUÇÃO

No mundo moderno, os hábitos de vida somados às taxas elevadas de senilidade populacional e a obesidade atuam como as bases para o desenvolvimento das doenças crônicas, como a hipertensão arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM), que são doenças com incidência e prevalência acentuadas, chamando a atenção de governos e órgãos de saúde (ROSA, 2004).

Em 2000, a população idosa no Brasil era de 14.536.029 habitantes, correspondendo a 8,5% da população (BRASIL, 2000). Já em 2010, a população idosa atingiu aproximadamente 20 milhões (BRASIL, 2010), representando um aumento de quase 40% do número de idosos no Brasil neste período de 10 anos.

A prevalência dessas doenças tende a aumentar, entre outros fatores, como decorrência do envelhecimento da população, tornando-se um problema de saúde pública em nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o diabetes mellitus (DM) é considerado uma epidemia mundial no século XXI. Atualmente a OMS estima que 346 milhões de pessoas sejam diabéticas; em 2030, espera-se que as mortes por essa condição crônica dobrem em relação a 2005, sendo influenciada por fatores globais, tais como a prática de hábitos de vida não saudáveis e o envelhecimento da população (ALVES JÚNIOR, 2011).

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

No Brasil nota-se um crescimento acentuado do número de diabéticos. O Ministério da Saúde divulgou dados inéditos sobre o diabetes no Brasil e revela que o número de casos está crescendo. A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2012) revelou um aumento de 40% entre 2006, primeiro ano do levantamento, e em 2012, o percentual de pessoas que se declararam diabéticas passou de 5,3% para 7,4% (TRIBUNA, 2013).

O avanço da diabetes está relacionado ao excesso de peso, à falta de exercícios físicos, à má alimentação e o envelhecimento da população. O Vigitel aponta que 75% do grupo de brasileiros convivendo com a diabetes está acima do peso. Em 2012, pela primeira vez na história, o número de pessoas com sobrepeso superou a metade da população, chegando a 51% (TRIBUNA, 2013).

Visando minimizar os impactos decorrentes da HA e DM, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, e posteriormente o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA/MS) na atenção primária, aprovado pela Portaria/GM nº 16 de 03/01/2002, a qual estabelece as diretrizes e metas para a reorganização da assistência a esses usuários no SUS (DA SILVA, 2006).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025.

No Brasil, o diabetes, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise.

A taxa de prevalência do DM na região Norte no período de 2012 é de 8,4%, já a taxa de mortalidade específica por DM na região Norte em 2011 é de 22,7% (DATA SUS, 2013).

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes, a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

Atuando como enfermeira em uma equipe de Estratégia da Família do município de Palmeiras do Açaí, observei certa dificuldade na adesão dos diabéticos cadastrados

no Programa Hiperdia, fator este que interfere nos objetivos da estratégia atual do HIPERDIA que é promover a disseminação de informações sobre a doença e seus fatores de risco para a população, visando promoção da saúde e prevenção das referidas doenças; avaliar continuamente a qualidade do cuidado em diabetes e hipertensão na atenção primária; construir, em conjunto com os pacientes, estratégias para adquirirem graus crescentes de autonomia para lidarem com seus processos de adoecimento; atualizar e qualificar os profissionais de saúde da atenção primária na prevenção e cuidado ao diabetes e à hipertensão; entre outros.

Desta forma há necessidade de estratégias para melhorar a adesão desses pacientes ao programa associado à qualificação dos profissionais, pois há um desconhecimento acerca do DM, sabendo-se que os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à saúde da população.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculos entre os portadores de DM e os profissionais são elementos imprescindíveis para o sucesso desse agravo. O acompanhamento e o controle do DM no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações reduzindo o número de internações hospitalares bem como a mortalidade.

Neste contexto é importante alcançar a adesão dos indivíduos envolvidos nesse processo para que as práticas sugeridas e/ou implantadas promovam o efeito desejado para o controle do DM com ênfase no autocuidado, ressaltando a importante estratégia da qualificação profissional, já que capacita o profissional em utilizar ferramentas que produzam respostas mais adequadas e resolutivas aos usuários.

Para melhorar esta adesão ao programa, entende-se ser necessário o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, bem como a capacitação dos profissionais para que este cuidado se efetive. Desta forma, propõe-se o presente projeto de intervenção, que se enquadra em Tecnologia de Cuidado e de Educação.

1.2 OBJETIVOS

- Conhecer o perfil dos idosos diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da ESF Palmeiras do Açaí.
- Descrever Ações de enfermagem para o cuidado ao idoso diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da ESF Palmeiras do Açaí.
- Estabelecer um Plano de Capacitação Profissional com enfoque na educação permanente sobre Diabetes Mellitus aos profissionais das ESF do município de Ananindeua-PA, a fim de estimular e qualificar o cuidado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil observa-se que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são responsáveis pela primeira causa de mortalidade (DCV) e, nas hospitalizações e procedimentos de alto custo do SUS, são responsáveis por grande parte de amputações de membros inferiores, diálises (representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica que são submetidas à diálise) e procedimentos cardiovasculares.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM estabelece a necessidade de estabelecer programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e famílias e que propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM (OMS, 2005).

O programa HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano nacional de reorganização da atenção à HASe ao DM, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

Para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária é de suma importância obter resultados positivos nas suas ações e saber que através do programa HIPERDIA é possível modificar o quadro atual que o Brasil apresenta.

As ações integradas de prevenção e cuidado ao Diabetes Mellitus ocorre prioritariamente na atenção primária, que no Brasil se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde, e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes.

Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela Atenção Integral dos cidadãos.

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende

cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal.

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode ser detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático).

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Já o 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 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. Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.

Para que haja o controle efetivo da DM há necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, para que a partir do diagnóstico tenham ferramentas para facilitar a adesão do paciente e assim inseri-lo em um plano terapêutico individualizado que possa ser modificado de acordo com as circunstâncias, condições de saúde com ênfase no auto-cuidado.

Os processos de capacitação dos trabalhadores devem tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde (DA SILVA, OGATA, MACHADO, 2007).

Para atender a esta perspectiva, é fundamental estabelecer um modelo de capacitação que promova a atenção integral à saúde, alicerçada na aprendizagem significativa: a Educação Permanente em Saúde.

Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

3 MÉTODO

Para o desenvolvimento desta temática proposta utilizou-se a Tecnologia de Cuidado e de Educação, pois a proposta inclui melhoria da assistência e capacitação da equipe, sendo que a questão da tecnologia de cuidado se dará em função de se buscar conhecer os pacientes idosos diabéticos cadastrados na ESF Palmeiras do Açaí e então alcançarmos uma melhor adesão ao Programa HIPERDIA.

A tecnologia de educação tem relação com a capacitação da equipe para um melhor cuidado aos pacientes diabéticos, sendo assim, será proposto um plano de capacitação, pelos quais os temas abordados serão rastreamento e diagnóstico, metas terapêuticas e monitorização, protocolos institucionais, linhas de cuidados e tratamento.

O foco da capacitação é a melhor atuação da equipe de saúde para o desenvolvimento de atividades de prevenção primária, secundária e terciária do diabetes, o estímulo ao alcance das metas do bom controle glicêmico e metabólico e o diagnóstico precoce que possibilita a redução das complicações crônicas relacionadas à doença e conseqüente redução da sobrecarga de pacientes encaminhados à atenção especializada.

A proposta de intervenção será realizada na UBS Nova Águas Lindas que é composta por 04 Estratégias de Saúde da Família (ESF), especificamente a coleta de dados será realizada com os idosos diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da ESF Palmeiras do Açaí localizada no município de Ananindeua-Pará.

Será analisado um grupo de 32 idosos diabéticos cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA dentro de uma população de 62 idosos de ambos os gêneros e com faixa etária que varia de 60 a 80 anos, os quais estão na área de abrangência da ESF Palmeiras do Açaí.

No estudo serão incluídos idosos com 60 anos ou mais de ambos os gêneros com diagnóstico de DM cadastrados no Programa HIPERDIA e residentes na área de abrangência da ESF Palmeiras do Açaí em Ananindeua-PA. Serão excluídos da proposta indivíduos com idade inferior a 60 anos, e os que não concordarem em participar da mesma, não assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE I) e que não residirem na área de abrangência da equipe, visto que rotineiramente pacientes advindos do interior do Estado do Pará tentam se cadastrar na

área da equipe para tratamento de saúde.

Para a coleta de dados serão utilizadas as fichas de cadastramento do HIPERDIA (ANEXO A), Fichas B DIA (ANEXO B) e questionário aplicado (APÊNDICE II).

Os participantes do projeto receberão explicações dos objetivos, métodos, riscos e benefícios do estudo e depois de esclarecidas todas as dúvidas serão convidados a lerem o TCLE e realizarem a assinatura, ressaltando que será garantido o anonimato dos envolvidos no projeto. Destaco que, por não se tratar de pesquisa e sim de intervenção, o projeto não será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os resultados serão apresentados de forma descritiva.

Com as informações advindas dos indivíduos estudados será possível uma melhor compreensão sobre as condições de saúde dos pacientes idosos diabéticos da ESF Palmeiras do Açaí. Além da melhoria no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que havendo a identificação dos principais motivos que dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento do diabetes será possível criar um plano individualizado de cuidados para facilitar o tratamento e otimizar a utilização de forma integral desse sistema.

A partir das informações coletadas e do aprofundamento teórico realizado também foi elaborada uma proposta de capacitação da equipe de saúde, a ser implementada posteriormente.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Observou-se após a aplicação do Questionário de Avaliação e Análise das Fichas B – DIA com os 32 idosos diabéticos cadastrados na ESF Palmeiras do Açaí que 19 (59,3%) são do sexo feminino e 13 (40,7%) do sexo masculino.

A prevalência da diabetes no Brasil apresenta percentuais iguais para ambos os sexos (MALERBI, FRANCO, 1992). Porém, nos estudos de VIEGAS- PEREIRA, (2006) e de TAVARES et al., (2007), foi encontrada predominância do sexo feminino em idosos diabéticos, semelhante aos resultados obtidos no presente estudo. Esse fato pode ser justificado pelo processo de “feminização do envelhecimento”, com uma expectativa de vida maior entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005) ou segundo FRANCO, (1998), pela tendência das mulheres se cuidarem mais e estarem mais presentes nos serviços de saúde, favorecendo o diagnóstico mais precoce do que os dos homens, que provavelmente procuram serviço de saúde somente na ocasião da manifestação dos sintomas.

Em relação a profissão 23 (71,8%) declaram ser aposentados e 09 (28,2%) desenvolvem Atividade Remunerada. Deve-se considerar a importância, para a renda familiar, da contribuição do idoso, oriunda seja de aposentadoria ou pensões, seja de sua participação no mercado de trabalho, já que tal contribuição poderia justificar a permanência do idoso no exercício de alguma atividade de trabalho.

No tocante à faixa etária dos pesquisados, 21 (65,6%) estão na faixa etária de 60-65 anos, 08 (5%) estão na faixa etária de 66-71 anos, 02 (6,25%) estão na faixa de 72-77 anos e apenas 01 (3,1%) na faixa de 78-80 anos.

A faixa etária predominante foi de 60 – 65 anos (65,6%) diminuindo progressivamente conforme o avanço da idade, esse fato se deve à queda da sobrevivência.

A partir da relação sexo e faixa etária surge o termo “feminização do envelhecimento”. A maior longevidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo, como consequência, quanto mais avança a faixa etária do contingente estudado maior será a população de mulheres. Esse fenômeno pode ser atribuído a menor exposição à determinados fatores de risco pela mulher, como o excesso de trabalho, menor consumo de cigarro e álcool e atitudes diferentes perante a doença e incapacidades (IBGE, 2000).

Em relação ao uso de tabaco, 21 (65,6%) afirmam que fazem uso do fumo e 11(34,3%) não realizam tal consumo. Entre os que declararam serem usuários de tabaco, 02

(6,2%) iniciaram o vício aos 35 anos, 10 (31,2%) aos 25 anos e 09 (28,1%) aos 20 anos.

Ao serem questionados sobre a frequência do uso do fumo 13 (61,9%) relatam uso 2x/dia e 08 (38,1%) utilizam 3x/dia.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, 20 (62,5%) declararam ingerir bebida alcoólica, sendo que 12 (37,5%) referem não fazer tal uso.

Pereira (2003) relata ser esperado menor número de fumantes em indivíduos diabéticos, pelo fato deste subgrupo ser acompanhado com maior periodicidade em unidades básicas de saúde do que os não diabéticos. Gamba et al. (2004) fazem relação direta entre tabagismo e vasculopatia periférica, fato este que predispõe o desenvolvimento do pé em risco no diabetes e conseqüentemente amputação de extremidades inferiores.

Já em relação a prática de atividade física, 30 (93,7%) não realizam a prática e apenas 02 (6,3%) realizam a prática esportiva.

Os idosos diabéticos cadastrados no HIPERDIA apresentam a média de 93,7% de sedentarismo. O alto número de idosos sedentários se deve em parte, a existência de barreiras como falta de orientação e de locais adequados para realização de exercícios. A atividade física, além de contribuir para redução e controle do peso, diminuindo o risco de complicações decorrentes da HAS e DM, promove interação social entre idosos, preserva a independência nas atividades de vida diária. Isto pode ser observado neste estudo, pois a taxa de sedentarismo entre idosos diabéticos mostrou-se superior aos resultados encontrados em Campinas (70,9%) (ZAITUNE et al., 2007).

Corroborando Brito (2007) diz que a atividade física regular é particularmente importante na manutenção de perda de peso, melhorando também a sensibilidade à insulina, controle da dislipidemia e redução da pressão arterial.

Entre os pacientes investigados, 20 (62,5%) relatam fazer dieta para diabético e 12 (37,5%) não faz nenhum tipo de dieta.

Resultados americanos obtidos pelo NHANES III apontam um padrão de maior prevalência de obesidade em mulheres do que em homens idosos com 70 anos ou mais (DAVISON et al, 2002). Entre os fatores que favorecem o excesso de peso, pode-se enumerar a maior ingestão de alimentos gordurosos e carboidratos de absorção rápida, associado ao aumento do urbanismo e do sedentarismo. Portanto a educação para mudança no estilo de vida, no que se refere à dieta e a redução do peso são

indispensáveis. Esta investigação apontou que 37,5% não realizam nenhum tipo de dieta apropriada para diabético

Questionados sobre o início da terapêutica medicamentosa, 32 (100%) iniciaram o tratamento para diabetes a partir do diagnóstico. A literatura diz que quanto mais precocemente o diabetes é diagnosticado, menores são as complicações e, conseqüentemente, maior a sobrevivência destes indivíduos. Como os resultados indicam um percentual elevado de idosos diabéticos com 70 anos ou mais, é possível que o diagnóstico tenha sido realizado numa fase em que o controle da doença é mais eficaz. No entanto, trata-se tão somente de uma hipótese plausível, porque os dados disponíveis não permitem determinar quando a doença foi diagnosticada, ou seu tempo de duração ou, ainda, o seu nível de gravidade (PEREIRA, 2003)

Já em relação ao uso regular da medicação, 17 (53,1%) fazem corretamente o uso e 15(46,9%) não realizam de forma regular. Sobre a questão da ausência da ingestão da medicação na

ultima semana, 5 (33,3%) não realizaram uma vez na semana, 9 (60%) não ingeriram 2x na semana e 01 (6,7%) não ingeriu 3x na semana. Estes dados corroboram com o estudo de Francisco (2010), que revela que entre os diabéticos que não procuraram regularmente o serviço, a dificuldade financeira ou de acesso geográfico foi referida por apenas 3,1% e 5,3% dos idosos, respectivamente. Os idosos apontam, no entanto, como principal motivo para o uso irregular da medicação não a considerarem necessária (em torno de 55%), o que implica na necessidade de uma orientação mais eficaz acerca da importância do uso correto da medicação.

Questionado sobre o motivo pelo qual não ingeriam a medicação corretamente conforme a prescrição médica, 02 (13,3%) relataram que esqueceram de ingerir a medicação e 13 (86,7%) informaram que acabou a medicação.

Entre os diversos fatores mencionados na literatura, destaca-se o acesso a medicamentos. No Brasil a disponibilidade da assistência farmacêutica nem sempre é completa, ou seja, os indivíduos não têm acesso aos medicamentos ou os tem de forma limitada. A não garantia da disponibilidade de todos os remédios e insumos, insulina e seringas, associados aos custos financeiros para aquisição, dificultam mais ainda o seguimento da terapêutica prescrita.

A população idosa, em decorrência de alterações fisiológicas, é o seguimento de maior consumo de medicamentos, porém a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e as freqüentes mudanças levam a erros no seguimento da

terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido. Deficiência cognitiva e visual comuns nos idosos pode dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições. Sendo, portanto, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento, bem como o esquecimento senescente benigno, ou de processos patológicos, como nas diversas formas de demências, é um dos fatores que podem concorrer para uma baixa adesão (BORBA, 2012).

A enfermagem tem papel fundamental na prestação da informação ao paciente frente às medidas preventivas, tanto envolvendo as ações de prevenção primária, que incluem mudanças no estilo de vida da população saudável e ações de prevenção secundária, que abarcam a incorporação do tratamento diante do diabetes, e nos casos de complicações decorrentes do diabetes o paciente é assistido em sua reabilitação social, física e emocional. Então, após a análise dos dados apresentados no projeto e problemáticas evidenciadas, é possível citar como as principais ações de enfermagem no tratamento do paciente diabético:

- Orientar e educar a população saudável a manter hábitos de vida que diminuam o risco de adquirir o Diabetes Tipo II, como por exemplo, manutenção de uma dieta adequada, realização de exercícios físicos, parar de fumar, realização de exames periódicos;
- Orientar o paciente portador do diabetes de qualquer tipo a manter os hábitos de vida saudáveis como forma de diminuir a ocorrência de complicações advindas de um tratamento diabético ineficaz;
- Orientar o paciente diabético tipo 2 quanto à realização de vacinação contra a Influenza, já que o índice de mortalidade é aumentado mediante esse vírus nos portadores de diabetes;
- Monitorar o paciente e educar quanto ao tratamento farmacológico prescrito pelo médico. Identificar primeiramente a clareza do paciente para realizar o tratamento domiciliar, usar mecanismos para que o paciente não esqueça os horários das medicações e explicar a ele sobre as reações e atitudes frente ao uso de hipoglicemiantes;
- Educar e monitorar o paciente em uso de insulino terapia, demonstrar a aplicação da

insulina, fornecer esquema de rodízio ao paciente, instruir sobre como se faz a aspiração das unidades de insulina e mesmo as complicações que podem ocorrer nos locais onde se aplica insulina, bem como o armazenamento, conservação e transporte;

- Orientar o paciente a realizar a auto-monitorização e ensiná-lo a manusear o material e equipamento utilizado para tal, nos casos em que o paciente não tem condições de realizar em casa e necessita, deve ser orientado a comparecer a UBS/ESF;
- Monitorar a participação dos pacientes nas consultas médicas conforme a preconização do médico de retorno ao consultório, realização de exames e participação nos grupos de diabéticos;
- Participar de campanhas de rastreamento de casos de pacientes diabéticos e realizar os encaminhamentos necessários;
- Interagir com a família do diabético para que a mesma compreenda certas manifestações do paciente e a correlação com a doença, tornando-se a família incentivadora do tratamento;
- Questionar sempre ao paciente sobre questões que podem envolver sinais de complicações da doença;
- Promover ao máximo o auto-cuidado eficiente;
- Incentivar o paciente a manter uma boa higiene bucal e relatar quaisquer casos de hemorragias, edemas ou dores na gengiva;
- Manter uma boa higiene e cuidados com a pele, orientar o paciente para que realize em casa;
- Instruir o paciente para que seja menos exposto possível a situações de estresse;
- Auxiliar o paciente a manter níveis adequados de glicemia como forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida;

- Participar da prestação do cuidado aos pacientes que tiveram complicações e interagir em sua reabilitação familiar e social.

No tocante ao Plano de capacitação profissionais, propõe-se 3 eixos para alcançarmos o aprimoramento, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Proposta de capacitação para trabalhadores de saúde.

Oficina/ Tema	Proposta de desenvolvimento	Técnicas facilitadoras
I Ações de educação em saúde sobre DM	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre as experiências dos profissionais de saúde sobre as práticas educativas em DM • Possibilidades de aprimoramento das práticas educativas, envolvendo a atuação da equipe multidisciplinar; • Discussão sobre as opções pedagógicas que orientam a prática educativa. 	<p>Apresentação individual, destacando sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família e sua experiência em trabalhos educativos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção da síntese das discussões realizadas em grupo.
II Plano alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre os hábitos alimentares; • Reflexão sobre as orientações realizadas pelos profissionais a respeito da dieta para os usuários com DM • A atuação da equipe multidisciplinar na elaboração de um plano 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão dos participantes sobre os hábitos alimentares com o uso de figuras ilustradas; <p>Elaboração conjunta da pirâmide alimentar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção de um plano alimentar, de acordo com as necessidades e as condições de vida do

	alimentar condizente com o perfil diabético	portador de DM; <ul style="list-style-type: none"> • Síntese das discussões pelo grupo.
III Atividade física, pé diabético e estudo de caso	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre a importância da atividade física no controle da DM; • Análise de caso clínico de DM envolvendo hábitos de vida, tratamento e controle da doença; • Unificação de conceitos discutidos nas oficinas anteriores; • Avaliação do processo educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo de caso envolvendo controle e prevenção; • Padronização das condutas referentes ao controle de DM; • Elaboração do plano alimentar e a prática de exercícios físicos diários; • Discussão das atribuições dos diferentes profissionais de saúde nas atividades educativas e de controle da doença; • Síntese de acompanhamento das discussões pelo grupo; • Questionário para a avaliação do processo educativo vivenciado pelo grupo

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para a realização deste projeto surgiu a partir da vivência da pesquisadora referente à temática do cuidar em saúde do idoso diabético, com enfoque especial à dificuldade na adesão dos pacientes ao tratamento. Com a oportunidade em desenvolver uma pesquisa, buscou-se conhecer o perfil desses idosos diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA acompanhados pela ESF Palmeiras do Açaí e a partir daí estabelecer Ações de enfermagem para um melhor acompanhamento da terapêutica proposta.

A promoção da saúde do idoso portador de diabetes representa desenvolver nesse idoso a consciência crítica sobre sua condição clínica para que, desta forma, obtenha a capacidade de problematizar sobre a doença e manejá-la de forma a viver com mais qualidade, mesmo portando uma doença incapacitante, sendo assim é absolutamente necessário atuar mais rigorosamente no controle desses idosos diabéticos.

Acredito que esse controle estabelece relações com ações e práticas do serviço, como: disponibilidade de medicamentos, acesso à consulta médica e de enfermagem, atividades de educação em saúde, potencial de captação e busca ativa, capacitação das agentes comunitárias de saúde para sensibilização sobre o problema, integração e comunicação da equipe na lógica da vigilância à saúde. Por isso, os serviços de atenção primária devem priorizar suas ações na melhoria da disponibilidade do acesso dos idosos diabéticos às consultas da equipe multiprofissional e aos medicamentos, reavaliando-os constantemente para verificar presença de complicações em fases iniciais e assim evitar maiores comprometimentos para os indivíduos.

A partir do momento em que se identificaram as fragilidades que os idosos têm acerca do conhecimento de sua doença e formas de cuidado, aprofundou-se o conhecimento teórico acerca do cuidado ao paciente diabético, foi possível se delinear um plano de capacitação da equipe de saúde. Entende-se que por meio da Educação Permanente dos profissionais de saúde, seja possível se estabelecer estratégias educativas e de intervenção, ajustadas as especificidades do idoso, podendo maximizar o auto-cuidado, contribuindo, assim, na promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida do idoso diabético.

REFERÊNCIAS

ALVES JÚNIOR, Ailton Cesar. **Consolidando a Rede de atenção às doenças crônicas: Experiências da Rede Hiperdia de Minas Gerais**, Brasília, 2011.

BORBA, Anna Carla de Oliveira. **Diabetes no Idoso: práticas educativas e fatores associados à adesão terapêutica**. Tese de mestrado. Caderno de saúde pública. Vol. 2, n. 2. Rio de Janeiro. Jan 2012. Disponível em www.ufpe.br. Acesso em 26 jul 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n.9. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil**, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf> Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/brasil_tab_pdf Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Situação de Saúde Pará 2006**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siabspa.def>. Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATA SUS. Sistema de Informação de Atenção Básica. **Situação de Saúde Pará 2013**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siabspa.def>. Acesso em 15 ago 2013.

BRITO, Carlos Paulo. **Prevenção de Diabetes Melitus tipo 2: Consenso da “Internacional Diabetes Federacion”**. Ver. Port Diab, Portugal, v. 2, n 2, p 4-37, jun 2007.

DAVISON, Mauro; ARANHA, Vilma Carmem; DEIVES, Lucia Medeiros; MOREIRA, Ronaldo Moura. **Ansiedade e stress no programa de obesidade do idoso - PROBESI**. Anais do Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, Santos, 2002.

DA SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelina, OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lucia Teixeira. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica: impactos e perspectivas**. Revista eletrônica de enfermagem, v.9, n 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <http://www.fem.vtg.br/revistav9/n2/v9/n2a8.htm>. Acesso em 23 jan 2014.

DA SILVA, D.B. et al. **Associação entre Hipertensão Arterial e Diabetes em Centro de saúde da família**. RBPS, v. 24, n. 1, p. 16-23, jan-mar 2006.

FRANCISCO, Priscila Maia Bergamo. **Diabetes auto-referida em idosos: prevalência, fatores associados e praticas de controle**. Caderno de saúde pública.

Vol.26, n. 1. Rio de Janeiro. Jan 2010. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 26 mar 2014.

FRANCO, Álvaro Alves. **Modelos experimentais para o estudo do diabetes tipo 1**. Caderno de saúde pública, v.1, n.15, 1998.
em <http://www.revistas.usp.br/>. Acesso em 15 fev 2014.

GAMBA, Mário; BOTELHO, Maurício Pena; GOES, Mário Silva; PANTOJA, Lúcio Carrera. **Amputações de extremidade inferior por DM: estudo de caso controle**. Revista de saúde pública, v.38, n.03, p 399-404, junho 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em <http://www.censo2000.ibgegov.br>. Acesso em 13 dez 2013.

MALERBI, Daniela Sales; FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. Caderno Saúde pública. Vol. 19. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 13 jan 2014.

OPAS, **Organização Pan americana da Saúde** 2005. Disponível em www.paho.org/bra/. Acesso em 12 dez 2013.

Organização Mundial da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n 27. **Síntese de indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população Brasileira, 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos2005/sis_2005.pdf> Acesso em 15 mai 2013.

PEREIRA, Ana Paula Franco Viegas. **Aspectos sócios demográficos e de saúde de idosos com Diabetes mellitus auto-referida: um estudo para o estado de Minas**, 2003. Tese de doutorado. Disponível em web.cedeplar.ufmg.br. Acesso em 26 mar 2014.

ROSA, E.C; PLAVNIK F. L; TAVARES, A. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Rev. Asso. Med. Bras., v 61, p. 56-69, 2004.

TAVARES, Elder Santos; JULIÃO, Lazaro Santos; LOPES, Diego.; BIZZO, Heitor Ramos.; LAGE, Carlos Lucio. **Diabetes auto referida em idosos: prevalência**. Caderno de saúde pública, v.1, n.15, 2007. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 13 jan 2014.

TRIBUNA. **Inquérito de pessoas que se declaram diabéticas**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em www.tribunamt.com.br. Acesso em 02 de 2013.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F. **Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos idosos com diabetes auto-referido: um estudo para o estado de Minas Gerais**, 2003. Tese de Doutorado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG, Belo Horizonte, 2006.

ZAITUNE, Marcos; JOA, Lúcio Paes; COSTA, Paulo Roberto; MATOS, Breno Paes. **Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras** (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Caderno Saúde Pública 2007; 22:1925-34.

APÊNDICE I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TÍTULO DO PROJETO: IDOSOS DIABÉTICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO PROGRAMA HIPERDIA.**

Fui informado (a) de que o objetivo do projeto é coletar dados acerca da minha condição de saúde atual em razão da qual sou portador de Diabetes Mellitus.

Participando deste projeto concordarei em responder um questionário em que as informações que darei serão usadas apenas para trabalhos científicos, sendo assegurado o anonimato, ou seja, meu nome não será divulgado em nenhum momento do projeto, além de que não estarei exposto a nenhum risco.

Fui informado (a) de que minha participação não é obrigatória e que a qualquer momento, poderei desistir em participar e retirar minha permissão do projeto. Minha desistência não trará nenhum prejuízo a mim. Não terei nenhuma tipo de despesa para participar, bem como nada me será pago pela participação.

Ao participar deste estudo, mesmo não tendo nenhum benefício direto, sei que contribuirei para com a melhoria da qualidade da assistência ao idoso portador de Diabetes Mellitus.

Em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com os pesquisadores.

Paula Regina Ferreira Lemos

Profa. Orientadora: Francine Lima Gelbcke

8864-4844

Eu, _____
estou sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa nomeado IDOSOS DIABÉTICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO PROGRAMA HIPERDIA.

Belém, _____ de _____ de _____

APÊNDICE II**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO**

Nome: _____

Profissão: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

1º) Faz uso de tabaco?

 Sim Não, mas já utilizei Nunca utilizei

2º) Se sim, quando iniciou? Se não, mas já fez uso, quando iniciou e parou?

3º) Com que frequência fuma e/ou fumava?

4º) Faz uso de bebida alcoólica?

 Sim Não, mas já utilizei Nunca utilizei

5º) Pratica atividade física?

 Sim Não

Se sim especifique a frequência e intensidade do exercício físico.

6º) Quais são seus hábitos alimentares?

7º) Já iniciou o tratamento para Diabetes Mellitus? Há quanto tempo?

8º) Faz uso de medicação regular? Quais?

9º) Costuma usar os medicamentos conforme a receita médica?

10º) Na última semana quantas vezes não fez uso da medicação? Porquê?
