

Reeducação dos idosos portadores de diabetes mellitus: Atenção Primária à Saúde

Sônia de Sá Pinheiro¹ *

Rafael Ferreira Lima² **

Diogo Vicente de Oliveira³ ***

Mayra Vieira Pereira Targino⁴ ****

Alba Rejane de Moura Rodrigues⁵ *****

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus é considerado uma das principais doenças que afetam o homem na atualidade, acometendo, indistintamente, pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e qualquer classe social e renda, sendo que existe uma maior prevalência em idosos. **Objetivo:** Investigar como ocorrem as práticas do cuidar na Atenção Primária a Saúde aos indivíduos idosos portadores de Diabetes Mellitus tipo I e II. **Métodos:** Este estudo foi caracterizado como descritivo exploratório de caráter quantitativo, com a participação de 10 idosos dentre os cadastrados, de idades entre 60 e 80 anos, decorrendo no mês de setembro de 2014. A coleta de dados se deu por meio de questionário estruturado com questões pertinentes ao tema proposto. **Resultados:** dentre os idosos entrevistados, 50% foi do sexo masculino e 50% para o sexo feminino, 90% alfabetizados, 60% reside com os familiares, 50% possuíam diabetes mellitus tipo I e 50% tipo II, 100% fazem controle glicêmico na sua ESF, 70% tem alguma outra comorbidade associada ao diabetes, 70% afirmaram ser insulíndependentes e 30% relataram fazer uso de hipoglicemiantes orais, ainda 90% dos entrevistados relataram associar algum outro método ao tratamento medicamentoso para o controle glicêmico, e 60% afirmaram que a ESF oferece alguma prática de atividade física sendo que, 60% afirmaram que são satisfeitos quando participam das atividades oferecidas pela ESF. **Conclusão:** os dados coletados apontam uma necessidade de desenvolver um trabalho efetivo por parte dos profissionais de saúde, fazendo necessário uma abordagem multidimensional, o que é possível por meio da ação integrada e especializada de uma equipe. Diabetes mellitus está associada à múltiplas comorbidade provocando um déficit na qualidade de vida dos idosos. Cabe à equipe de saúde da família, associados as autoridades locais disponibilizar melhorias de acesso ao tratamento do diabetes.

Palavras-chave: Reeducação. Diabetes Mellitus. Idoso.

*1 Graduada em Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos.

**2 Graduado em Bacharelado em Nutrição pelas Faculdades Integradas de Patos.

***3 Graduado em Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos.

****4 Nutricionista. Mestre em Ciências e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba. Docente e orientadora do curso de Bacharelado em Nutrição das Faculdades Integradas de Patos.

*****5 Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação pela ULHT. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is considered a major disease affecting man today, affecting indistinctly people of both sexes, of all ages and every social class and income, and there is a higher prevalence in the elderly. **Objective:** To investigate how occur the practices of care in Primary Health Care to Diabetes elderly subjects Mellitus Type I and II. **Methods:** This study was characterized as exploratory descriptive quantitative approach, with the participation of 10 elderly among registered, aged between 60 and 80 years elapsing in September 2014. Data collection occurred through structured questionnaire with questions related to the proposed theme. **Results:** among the elderly respondents, 50% were males and 50% females, 90% literate, 60% live with family members, 50% had diabetes mellitus type I and 50% type II, 100% make glycemic control in its ESF, 70% have any other comorbidity associated with diabetes, 70% said it was insulin dependent and 30% reported use of oral hypoglycemic agents, yet 90% of respondents reported associate some other method to drug treatment for glycemic control, and 60% They said that the ESF provides some physical activity and, 60% said they are satisfied when they participate in the activities offered by the ESF. **Conclusion:** The data collected indicate a need to develop an effective work by health professionals, a multidimensional approach making needed, which is possible through integrated and specialized action of a team. Diabetes mellitus is associated with multiple comorbid causing a deficit in the quality of life of the elderly. It is the family health team, associated local authorities provide improved access to diabetes treatment.

Keywords: Reeducation. Diabetes Mellitus. Old man.

Introdução

A população mundial vivencia um processo de envelhecimento que é um fato recente e inexorável, exigindo uma maior atenção aos idosos. No Brasil este fenômeno está ocorrendo rapidamente, os idosos que na década de 1990 representavam 6%, hoje representam 8,6% da população brasileira. Com a melhora na qualidade de vida e diminuição da taxa de natalidade, houve um aumento em torno de 15,5 milhões de pessoas com mais de 65 anos ou mais, que poderá responder em 2050 à estimativa de 20% da população brasileira. Nesse contexto surge a necessidade de cuidados constantes de familiares ou de terceiros, além de acompanhamento de um profissional de saúde para auxiliar o cuidado e o suporte adequado (PAIXÃO; REICHNEHIM, 2005; GOMES, 2007; NASCIMENTO et al., 2008; IBGE, 2002).

No Brasil, segundo os dados do VIGITEL (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis) (2011), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,6% e a prevalência aumenta com a idade, atingindo cerca de 18,6% da população mundial com idade superior a 65 anos. Estima-

se em cerca de 7,77 milhões o número de portadores de Diabetes Mellitus (DM) no país na população com 18 anos, e mais, se considerarmos que cerca de 30% da população desconhecem que possuem a doença, esse número pode chegar a cerca de 11 milhões de brasileiros (IBGE, 2002).

Esses índices podem ser reduzidos a partir de práticas de saúde, como a atividade física com regularidade que pode ser indicada a todos os pacientes com diabetes, interferindo diretamente na melhoria do controle metabólico, reduzindo a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda no emagrecimento de pacientes com obesidade, diminui os riscos de doenças cardiovasculares e ainda contribui para uma melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

O tratamento do paciente diabético não deve ser restrito ao profissional médico, cabe atenção de todos os profissionais da equipe multiprofissional. Acrescenta-se que o tratamento não se restringe aos medicamentos, pois como toda doença crônica implica-se uma mudança no estilo de vida, necessitando de uma orientação médica, de enfermagem, dos profissionais de educação física, psicólogos para que haja uma compreensão da doença por parte do paciente e da família e principalmente da atenção nutricional pois esse é um fator determinante do estilo de vida interagindo com os demais fatores provocando assim uma mudança de vida e melhoria da doença, partindo do princípio da alimentação saudável (TSCHIEDEL, 2008).

O estilo de vida sedentário e a alimentação não balanceada associados ao excesso de peso, são fatores de risco para o desenvolvimento da forma mais comum de diabetes mellitus, a tipo II, já a hereditariedade é a forma mais comum para a tipo I, levando o indivíduo a perdurar por toda a vida com as formas agudas e possivelmente crônica da doença (SBD, 2008; BATISTA, 2005).

O objetivo global do tratamento é o alívio dos sintomas e prevenção de complicações, visando níveis normais de glicose no sangue, dos doentes tratados com dieta e exercício, ou com adição de uma ou mais categorias de medicamentos por via oral, com uma combinação de medicamentos orais e insulina, ou com insulina isolada (SBD, 2008; BATISTA, 2005).

A educação é parte essencial no controle do DM tipo I e II e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, material didático e profissionais capacitados. Apenas seguir a prescrição médica corretamente muitas vezes não é suficiente para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. Essa

educação pode ser desenvolvida de várias maneiras, como através de dinâmicas em grupo, folhetos informativos, palestras para a população, entre outras (SBD, 2008; BATISTA, 2005).

Surge uma preocupação com os portadores de DM por serem uma população vulnerável, com problemas em virtude das alterações glicêmicas inerentes a uma má qualidade de vida, surgindo assim os questionamentos: Por que são tão propensos a episódios de disfunções glicêmicas? Que fatores predisõem a estas disfunções? Quais intervenções deverão ser tomadas no intuito de melhorar a qualidade de vida dos mesmos?

Acredita-se na relevância desta pesquisa pela abordagem das principais causas de hiperglicemias e hipoglicemias, ressaltando os possíveis riscos e danos aos portadores de DM tipo I e II, como também as medidas de prevenção e cuidados para oferecer subsídios para uma melhor assistência aos pacientes, melhorando assim, a qualidade de vida, do servir, como também, para fonte de informações para profissionais da área da saúde, familiares e para futuras pesquisas, justificando assim a escolha do tema proposto.

Metodologia

Tratou-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Patos-PB, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Dona Rita Palmeira, no ano de 2014.

A população foi constituída por 263 idosos cadastrados na micro área da Unidade de Saúde da Família (USFs) Dona Rita Palmeira no município de Patos – PB, que compreendem o Distrito Geo-Administrativo I. Foram entrevistados 26,3% dos idosos os quais são portadores de DM tipo I e II.

Para realização da pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado com questões objetivas e como técnica de coleta foi realizada entrevista realizada pelo próprio pesquisador. O questionário foi composto por dados sócio demográficos como faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação e renda mensal; e dados referentes ao objetivo de estudo como: histórico familiar, fatores de risco e cuidados com a saúde.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, cujo parecer é de Número: 871,839, também está regimentada pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os princípios éticos de privacidade, sigilo e confidencialidade das informações, garantindo o anonimato dos

participantes, podendo o participante desistir a qualquer momento do estudo sem nenhum constrangimento (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Os resultados do estudo estão apresentados em tabela e gráficos discutidos à luz da literatura pertinente, que são apresentados em três etapas: a primeira, referentes aos dados socioeconômicos e demográficos dos entrevistados; a segunda aos dados relacionados à participação da população idosa nos eventos oferecidos pela ESF a qual pertence; e a terceira, referentes as informações sobre os cuidados e intervenções no controle glicêmico que a ESF oferece a essa demanda.

A tabela 1, apresenta a caracterização da amostra referente aos dados de identificação dos sujeitos da pesquisa em relação ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade ou ocupação e condições de moradia.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa.

Características sócio demográficas	Especificações	Quantidade	%
Sexo	M	5	50
	F	5	50
Faixa etária	De 60 a 70 anos	4	40
	De 70 a 80 anos	4	40
	Mais de 80 anos	2	20
Grau de instrução	Não alfabetizado	1	10
	Ensino fundamental	5	50
	Ensino médio	4	40
Profissão ou ocupação	Aposentado (a)	9	90
	Outros (bicos)	1	10
Moradia	Filhos e neto	6	60
	Outros (cônjuge)	4	40

Observou-se na tabela 1, que de acordo com o sexo 05 (50%) dos entrevistados são do sexo feminino e 05 (50%) são do sexo masculino. Isso reflete que de acordo com a pesquisa a incidência de DM tipo I e II em idosos é paritário entre os sexos, aumentando assim a preocupação, já que qualquer um está susceptível a desenvolver diabetes, basta para isso ter procedência familiar ou ter uma vida sedentário associada aos maus hábitos alimentares.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2008), o condicionante percentual/idade traz o envelhecimento da população como característico no desenvolvimento deste doença, vê-se no estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes no país evidências quanto à influência da idade no aparecimento do DM, com um incremento de 2,7 na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4 na de 60 a 69 anos, um aumento de 6,4 vezes, significando um potencial de risco cada vez mais presente na população idosa, que também tem os problemas como hipertensão, dentre outros agravantes, vos deixando vulneráveis a morbidade.

Existem evidências de que as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, estão associadas ao acentuado aumento na prevalência do DM tipo II. Os programas de prevenção primária do DM tipo II têm se baseado em intervenções na dieta e na prática de atividade física, visando a combater o excesso de peso (DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP, 2002).

Quanto aos dados referentes a idade, a tabela 1 mostra que, na DM há uma quase uma igualdade em relação entre as idades acometidas, sendo 04 (40%) na faixa de 60 a 70 anos, 04 (40%) na faixa etária de 70 a 80 anos e 02 (20%) maior que 80 anos, sendo esta última com um número menor devido a muitos não chegarem a essa idade por falecimento devido complicações do diabetes ou de outra doença associada. O DM tanto tipo I como o II vem aumentando em nossa sociedade de forma não controlada. Para isso há uma necessidade de acompanhamento contínuo pelas equipes de saúde, até por que a doença não escolhe a quem vai atingir.

No que se diz respeito ao grau de instrução dos entrevistados, 09 (90%) dos entrevistados são alfabetizados, sendo que destes, 05 (55%) cursaram até o fundamental (completo ou incompleto) e 04 (45%) fez até o ensino médio (completo ou incompleto), já 01 (10%) dos idosos não são alfabetizados, sendo que este fator não influencia na prevalência de doenças crônicas (DC). Já no que se diz respeito a profissão ou ocupação dos idosos entrevistados, o resultado mostrou que 09 (90%) desses são aposentados por questão de idade e 01 (10%) vive de trabalho alternativo até que consiga se aposentar, muitos relataram dificuldades em conseguir trabalhos fixos associados com o baixo nível de instrução profissional.

Para os dados que diz respeito a condições de moradia, foi averiguado que 06 (60%) dos entrevistados moram acompanhados de filhos e netos, 04 (40%) moram com seus cônjuges. Analisando esses dados, notou-se que todos os idosos moram com alguém do ciclo familiar, onde esse arranjo é um aspecto importante na vida desses indivíduos. O contexto

social formado pela família pode ser particularmente significativo para prevenção de quedas entre idosos. O suporte familiar ocasiona uma sensação de cuidado e respeito e o cuidado mútuo entre parceiros pode explicar a ocorrência de quedas entre aqueles que vivem com os companheiros (RAMOS; NETO, 2005).

Ramos e Neto (2005), diz que “o arranjo domiciliar, por sua vez, mostrou que o idoso, mesmo em um grande centro urbano, ainda vive majoritariamente dividindo o domicílio com seus filhos e, muitas vezes, com filhos e netos”. O mesmo define esse tipo de domicílio como multigeracional, no qual acomoda mais de 50% dos idosos, e em metade deles os idosos convive com filhos casados e netos.

Segundo o Estatuto do Idoso art. 37 (2006), todo idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada. O gráfico 1 expressa os dados relacionados ao tipo de diabetes dos entrevistados na pesquisa.

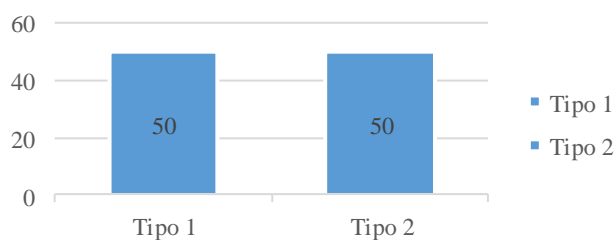


Gráfico 1 – Dados relacionados à qual tipo de diabetes o portador.

Ao analisar o gráfico 1, observou-se que dos idosos entrevistados existe um equilíbrio quanto ao DM I e II, o que reflete em 05 (50%) possuem DM tipo I e 05 (50%) possuem DM tipo II. Observa-se na presente pesquisa que o DM se desenvolve de ambos os tipos, diferente do estudo realizado por Oliveira (2004), que averiguando os tipos de diabetes obteve resultado que o tipo II da doença é de 8 a 10 vezes mais prevalente que o diabetes tipo I e normalmente acomete pessoas mais velhas.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2008) ressalta que o DM tipo II possui um fator hereditário maior que o tipo I, além disso, há uma maior relação com a obesidade e sedentarismo, estima-se que de 60 a 90% dos portadores da DM são obesos.

Segundo Estridge e Reynolds (2011), a glicose é o principal carboidrato no sangue, é usada como fonte de energia pelas células do corpo. A glicose sanguínea é um dos testes bioquímicos realizados com maior frequência. O teste de glicose é mais comumente usados para ajudar no diagnóstico e no controle de diabetes, ou no controle da hipoglicemia.

Os dados do Gráfico 2 se refere ao controle glicêmico realizado pela ESF nos idosos entrevistados.

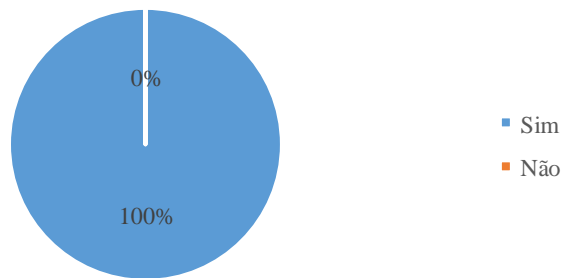


Gráfico 2 – Dados relacionados ao controle glicêmico na ESF.

O que se refere ao Gráfico 2, mostra que todos os entrevistados fazem busca pelo controle glicêmico na ESF, sendo avaliados quanto a realização do controle regularmente através da glicemia capilar, “o que seria importante para eficácia do programa ao realizar testes de glicemia capilar nas consultas mensais”, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006).

Segundo um estudo realizado por Estridge e Reynolds, 2011, “atingir e manter as concentrações plasmáticas de glicose o mais próximo possível da normalidade é crucial para prevenir e/ou tratar o aparecimento das complicações crônicas do DM”.

De acordo com Estridge e Reynolds (2011), os valores de referência (normal) para a glicose sérica em jejum são de 60 a 100 mg/dL. Os valores no plasma são cerca de 5% mais baixos do que no soro e aproximadamente 10 a 15% mais altos do que no sangue total.

Segundo Brasil (2006), a história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, geralmente classificadas como microvasculares e macrovasculares. Todas são responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior muito inferior a indivíduos sem diabetes. Os resultados expressados no Gráfico 3 refere-se à associação das comorbidade com o diabetes no idosos entrevistados.

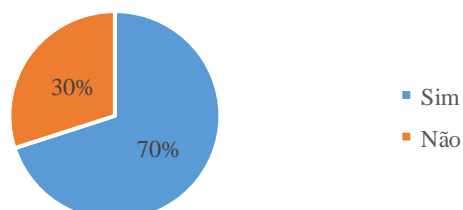


Gráfico 3 – Dados relacionado à existência de outra doença mórbida associada ao diabetes.

Analisando os dados do Gráfico 3, observa-se que 07 (70%) dos idosos que participaram da pesquisa relataram que tem outra doença crônica associada a DM, e 03 (30%) relataram que só possuem diabetes.

Para Brasil (2006), “a prevenção primária da doença macrovascular do diabetes implica a prevenção do diabetes associada à dos outros fatores de risco da doença cardiovascular associado à hipertensão, dislipidemia, obesidade e sedentarismo”.

Toscano (2004), acorda que o DM e a hipertensão são comorbidade associadas mais comuns unidas do que só o DM ou apenas hipertensão, representando assim grande tendência para o desenvolvimento de doenças macrovasculares, essas doenças não transmissíveis são responsáveis por 45,9% de todas as patologias em todo o mundo.

O tratamento medicamentoso é parte importante no tratamento da DM tipo I e II, nem sempre necessária no tratamento. Os idosos foram questionados quanto ao uso de medicamentos, e os resultados estão exposto no Gráfico 4.

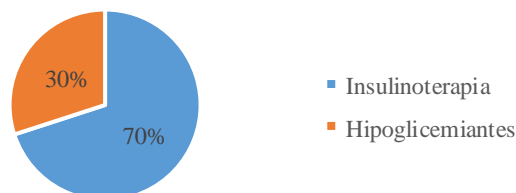


Gráfico 4 – Dados relacionados ao tratamento medicamentoso.

O Gráfico 4, mostra que 07 (70%) dos entrevistados fazem uso do tratamento medicamentoso, nesse caso estudado a insulinoterapia, já 03 (30%) faz uso hipoglicemiantes orais. Para Tschiedel (2008), a educação em saúde é um dos principais fatores para a adesão do tratamento do diabetes, o que para tanto, faz-se necessário à motivação do paciente para que o mesmo busque novos conhecimentos, que possibilite o desenvolvimento de habilidades referentes à mudança de hábitos que são necessários, este se baseia em três aspectos principais, que são a prática de atividade física, um plano alimentar balanceado e a administração de insulina.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2003), relata que o tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificações do estilo de vida, que estes incluem suspensão do tabaco, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares e se necessário o uso de medicamentos. O tratamento adequado está associado à melhora significativa no controle metabólico e reduzem a mortalidade. O tratamento medicamentoso deve ser associado a outros métodos para assim fazer o controle glicêmico, o Gráfico 5 mostra o índice de associação de algum método para controle glicêmico.

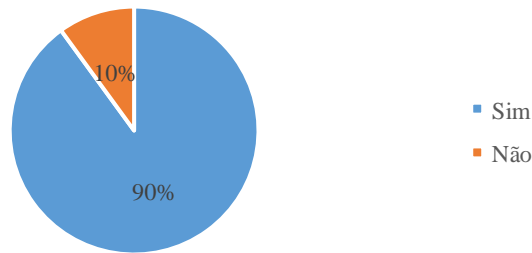


Gráfico 5 – Dados relacionados à associação de algum método ao tratamento medicamentoso para controle glicêmico.

Nessa figura mostra que dos indivíduos entrevistados, 09 (90%) relataram ter hábito de praticar atividade física, já 01 (10%) relataram baixa adesão a exercícios físicos. Para conseguir um bom controle da glicemia é preciso que o paciente, o médico e todos os profissionais envolvidos no tratamento trabalhem em conjunto. Algumas vezes, é possível controlar o diabetes apenas com a dieta e atividade física.

Para Gomes-Villas Boas et al., (2011), o tratamento do diabetes baseia-se em uma terapia farmacológica com o uso de hipoglicemiantes orais e em uma não-farmacológica, sendo essa última, a inclusão de modificações de hábitos alimentares, com uma reestruturação alimentar e a prática de exercícios físicos.

Segundo Carvalho et al. (2012), a dieta é determinada a partir de um plano alimentar individualizado e deve abranger alimentos ricos em fibras e baixo conteúdo glicêmico. De acordo com Codogno, Fernandes e Monteiro (2012), outro componente importante do tratamento consiste na atividade física, principalmente os aeróbicos, que possuem ação direta nos valores de LDL e colesterol total, e que proporcionam maior sensibilidade da membrana das células à ação da insulina, contribuindo para a depressão das concentrações circulantes de glicose.

Para Brasil (2006), a prática regular de exercícios físicos é indicada para todos os diabéticos, pois ocasiona uma melhoria no controle metabólico, reduzindo a necessidade de hipoglicemiantes orais, auxiliando na perda de peso dos pacientes obesos e diminuindo os riscos de doenças cardiovasculares. Os dados do Gráfico 6 apresentam a prática de atividade física pelos idosos, atividade essa oferecida pela ESF.



Gráfico 6 – Dados referentes a prática de atividade física dos idosos atendidos pela ESF, serviço oferecido pela própria ESF.

Os dados do Gráfico 6, mostram que 06 (60%) dos idosos diabéticos atendidos na ESF relatam fazer a atividade física oferecida pela unidade, enquanto 04 (40%) relatam ausência de atividade física.

O exercício físico regular para Buse, Polonsky e Burant (2010), é a mais importante intervenção não farmacológica no tratamento do diabetes, conseguindo a melhora no controle glicêmico, da sensibilidade à insulina, da condição cardiovascular e do remodelamento corporal, estando em conformidade com Foss, Saade e Zecchin (2007), que acrescentam os benefícios, uma vez que aumenta a força e a flexibilidade dos músculos, induzindo a captação de glicose pelos tecidos periféricos (independente de insulina), além de reduzir a glicemia e insulinemia e também melhora o perfil lipídico com perda de peso. Os mesmos acrescentam que toda prática de atividade física tem que possuir um acompanhante médico por causa dos riscos oferecidos, como exemplo a hipoglicemia durante e após o exercício.

Segundo Foss, Saad e Zecchin (2007), estes relatam que caminhadas, subir escadas e atividades que já são familiares aos pacientes é um ótimo começo, sendo aumentada a intensidade e frequência gradualmente, para evitar agravamento de doenças crônicas. Ainda explica sobre a importância de modificar a dieta de pacientes que ingerem mínimas quantidades de calorias (600 a 700 kcal/dia). A indicação de dietas com pelo menos 35% de caloria na forma de carboidrato com a finalidade de manter níveis corretos de glicogênio nos músculos e diminuir risco de hipoglicemia.

De acordo com Smeltzer e Bare (2006), a nutrição, dieta e controle de peso constituem a base do tratamento do diabetes. O objetivo mais importante no tratamento dietético e nutricional do diabetes é o controle da ingesta calórica total para atingir ou manter o peso corporal razoável e controlar os níveis sanguíneos de glicose. Os dados apresentados no Gráfico 7, refere-se à realização de dietas pelos idosos entrevistados.

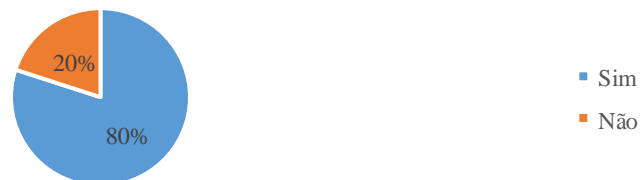


Gráfico 7 – Dados referentes a realização de dietas pelos idosos entrevistados.

No Gráfico 7 mostra que, 08 (80%) dos idosos entrevistados afirmam fazer dieta enquanto 02 (20%) desses relataram não fazer dieta. O aspecto nutricional no paciente diabético deve ser trabalho tanto a nível preventivo quanto ao tratamento no paciente diabético no que se refere ao controle glicêmico.

Para Brasil (2006), a orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com DM associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha, essa associação provoca uma melhora na sensibilidade à insulina, diminui os níveis plasmáticos de glicose, reduz de forma expressiva a circunferência abdominal e a gordura visceral, melhorando o perfil metabólico com redução nos níveis de LDL-C e triglicérideo e aumento do HDL-C.

Conclusão

O presente estudo mostrou avanços de conhecimentos em diabetes e avaliação de estratégias educativas, visando conhecer seus efeitos no controle da doença e no gerenciamento do autocuidado. Além disso, permite discutir os possíveis limites e opções de aperfeiçoamento do processo de educação em saúde, associado aos cuidados interdisciplinares para diabetes. A prática educativa apresenta-se como a melhor maneira de conscientizar a pessoa com DM sobre a importância da melhora dos hábitos diários e do seu próprio cuidado. É um momento no qual o indivíduo e profissionais de saúde discutem todas as informações acerca da doença e do tratamento.

O DM, seja tipo I ou II é uma síndrome que se caracteriza por importantes alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Essas alterações metabólicas resultam da deficiência e/ou resistência à insulina que quando não controlados adequadamente, podem levar a complicações agudas ou crônicas. As complicações agudas decorrem geralmente de eventos esporádicos, enquanto as crônicas habitualmente são provocadas pelo mau controle glicêmico no decorrer dos anos.

Considerando-se o estudo realizado, grande parte das complicações crônicas do DM pode ser poupada através de melhor acompanhamento e um melhor controle da patologia, e da preocupação em ofertar ações de educação em saúde, partindo do conhecimento prévio, torna-se imprescindível e de grande relevância o acréscimo de práticas em ensino e atividades educativas contínuas dirigidas ao paciente. Estas ações permitem o melhor conhecimento e adaptação do portador à doença e maior estímulo a desenvolver ações de autocuidado o que proporcionou uma melhoria da qualidade de vida.

A saúde da família possui um papel importante no controle das doenças crônicas. No caso da DM, o controle e a prevenção de suas complicações torna-se um desafio para as ESF, levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida para o usuário portador do diabetes. A dinâmica proposta pela ESF, voltada para promover qualidade de vida e intervir nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação precisa e o melhor acompanhamento desses indivíduos. A nível observacional, a pesquisa mostrou falhas do acompanhamento destes usuários, portanto é necessária uma boa articulação com outros níveis do sistema de saúde, uma comunicação eficaz e organização do processo de trabalho, e a participação ativa do usuário na tomada de decisões, garantindo a integralidade da assistência.

Considera-se, portanto, que após o estudo realizado, o papel da equipe da ESF no tratamento de pacientes com diabetes é fundamental, desde a orientação, ao acompanhamento e ao acolhimento, realizando constante monitoramento das atividades realizadas pelos pacientes, pois a realização precoce de um protocolo de planejamento na atenção básica melhora os resultados obtidos junto aos pacientes, diminuindo o número de readmissões, o número de dias de hospitalização e os custos com a saúde. Frente à proposta de melhoria de sua qualidade de vida, por meio da aceitação e convivência com o diabetes.

Referências

BATISTA, M. C. R.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. L.; TINÔCO, A. L. A.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o

controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 2, p. 212-228, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus: caderno de atenção básica – nº 16**, Brasília-DF, 2006.

_____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Brasília-DF, 2006.

_____. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. **Diabetes Mellitus**, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 2012. **Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**, Brasília, DF, jun. 2013.

BUSE, J. B.; POLONSKY, K. S.; BURANT, C. F. Diabetes mellito tipo 2. In: KRONENBERG, H. M. **Tratado de Endocrinologia**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARVALHO, F. S.; NETTO, A. P.; ZACH, P. SACHS, A.; ZANELLA, M. T. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, v. 56, n. 2, p. 110-119, 2012.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. M. Prática de atividades física e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 em unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 56, n. 1, 2012. Buse

DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP. Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. **The New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 6, p. 393-403, 2002.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

GOMES, W. F. **Impacto de um programa estruturado de fisioterapia aquática em idosas com osteoartrite de joelho**. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação física, Fisioterapia e Terapia ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG). 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA. **Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios**, 2002.

NASCIMENTO, L. C.; MORAES, E. R.; SILVA, J. C.; VELOSO, L. C.; VALE, A. R. M. C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 514-7, 2008.

ESTRIDGE, B. H.; REYNOLDS, A. P. **Técnicas básicas de laboratório clínico**. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2011.

FOSS, M. C.; SAAD, M. J. A.; ZECCHIN, H. G. **Endocrinologia**. 1º Edição. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, J. E. P. Conceitos, classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes mellitus: clínica diagnóstico, tratamento interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004.

PAIXÃO, J. C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumento de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

RAMOS, L. R.; NETO, T. J. **Guia de Geriatria e Gerontologia**. 1º Edição. Barueri: Manole, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2008: Diagnóstico e classificação do diabetes e tratamento do diabetes mellitus tipo 1**. Rio de Janeiro-RJ, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2006.

TOSCANO, C. M. As companhias nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF, 2004.

TSCHIEDEL, B.; CÉ, G. V.; GEREMIA, C.; MONDADORI, P.; SPEGGIORIN, S.; PUÑALES, M. K. C. Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 2, p. 219-232, 2008.

VIGITEL. Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Dados sobre diabetes**, 2011.

