



Desenvolvimento de um programa de educação em Diabetes como ferramenta para a promoção da mudança de hábitos de vida: Relato de experiência

Artigo Original

Thaynara Faria Gomes¹
Ana Paula Lemos e Silva²
Bruna Andrade Pereira²
Nubia Nayra de Freitas Rabelo²

¹ Docente da Faculdade Atenas Passos

² Acadêmicos de Medicina - Faculdade Atenas de Passos

Endereço para contato: thaynara.faria.gomes@hotmail.com

Resumo

O Diabetes mellitus (DM) é considerado uma doença crônica comum e que necessita de tratamentos terapêuticos de forma regular e permanente. A incidência cada vez mais alta de indivíduos diabéticos e eventualmente das complicações correlatas a doença tem se tornado motivo de preocupação para o setor da saúde. Isso decorre do fato de que tais pacientes demandam cuidados prolongados e muitas vezes onerosos ao sistema de saúde brasileiro. Diante deste cenário, ressalta-se a importância da conscientização da população acerca da doença, suas terapias e, principalmente da necessidade de mudanças de hábitos como ferramenta de controle e prevenção do DM. Nesse sentido, destaca-se os programas de educação em Diabetes, os quais têm por objetivo a promoção de ações orientadas para a prevenção primária (prevenção do desenvolvimento da doença) e secundária (prevenção das complicações decorrentes da doença) do DM. A consequência prática frente a implementação de tais ações, diz respeito a modificação dos hábitos de vida dos participantes, implicando diretamente em um melhor prognóstico e consequentemente menor sobrecarga do sistema de saúde. O presente artigo tem por objetivo relatar o desenvolvimento de um programa educacional em Diabetes bem como sua forma de avaliação, a fim de verificar as consequências práticas desenvolvidas nos participantes por meio das intervenções educacionais.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is considered a common chronic disease and requires treatment on a regular and permanent basis. The increasing incidence of diabetic individuals and, eventually, the complications related to the disease has become a matter of concern for the health sector. This is due to the fact that such patients demand prolonged and often onerous care to the Brazilian health system. Given this scenario, the importance of the population's awareness about the disease, its therapies and, above all, the need for changes in habits as a tool for DM control and prevention is highlighted. In this sense, we highlight Diabetes education programs, which aim to promote actions aimed at primary prevention (prevention of disease development) and secondary (prevention of complications due to disease) of DM. The practical consequence of the implementation of such actions is the modification of the living habits of the participants, directly implying a better prognosis and, consequently, a lower health system overload. The purpose of this article is to report on the development of an educational program in Diabetes as well as its evaluation method, in order to verify the practical consequences developed in the participants through the educational interventions.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é caracterizado como um distúrbio do metabolismo glicídico, o qual é ocasionado em consequência da falta de secreção do hormônio insulina ou da resistência por parte das células a este,

culminando assim, a princípio, em um quadro de hiperglicemia^{1,2}. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4%) da população

mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. O Brasil, encontra-se na 4º posição do ranking dos 10 países com maior número de pessoas com Diabetes, apresentando 14,3 milhões de pessoas diagnosticadas^{1,3}.

Atualmente, a classificação do DM é baseada na sua etiologia, sendo classificado como tipo I, tipo II e várias modalidades menos comuns, tais como diabetes latente autoimune em adultos (LADA) e diabetes da maturidade de início no jovem (MODY)^{4,5}. No que diz respeito aos tipos I e II, o diagnóstico diferencial se dá pela presença ou ausência, respectivamente, de auto anticorpos contra antígenos de células β -pancreáticas. Cerca de 90% a 95% dos pacientes com diagnóstico médico de DM são classificados como tipo II. A alta prevalência atribui-se predominantemente ao estilo de vida atual, uma vez que, a ocorrência desse tipo de DM tem contribuição significativa de fatores ambientais, tais como inatividade física e hábitos alimentares que predisõem ao acúmulo de gordura corporal^{6,7,8,9}.

O contexto patológico do DM predispõe os indivíduos acometidos a maiores chances de desenvolvimento das complicações crônicas da doença, as quais são estritamente associadas ao tempo de exposição à hiperglicemia. Tais complicações são categorizadas como distúrbios micro e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica¹. Diante deste cenário, têm-se que as comorbidades associadas ao DM podem ser muito debilitantes ao indivíduo, diminuindo drasticamente seu prognóstico e consequentemente sua qualidade de vida. Adicionalmente, o tratamento das complicações crônicas correlatas ao DM representa uma significativa carga financeira para o sistema de saúde, sendo que, os gastos com saúde de indivíduos com diabetes são duas a três vezes maiores do que daqueles sem diabetes. Para o Brasil, o custo

avaliado em 2015 foi de US\$ 22 bilhões, com projeção de US\$ 29 bilhões para 2040^{1,10}.

Diante deste cenário, se faz necessário estabelecer e desenvolver estratégias educacionais eficientes pautadas em ações concretas que promoverão a prevenção, e controle do DM. Nesse sentido, considerando o fato que a maior prevalência de DM se atribui ao tipo II, consequência de um estilo de vida inadequado e, adicionalmente considerando o impacto da mudança de hábitos de vida no número de casos de DM e na menor chance de desenvolvimento de complicações, justifica-se que tais estratégias devem objetivar a promoção de um estilo de vida saudável e a mudanças dos hábitos alimentares.

Nos últimos anos, as intervenções educativas em DM têm trazido por si só resultados expressivos, evidenciados em grande parte pela queda dos valores de hemoglobina glicada (Hb1c). Uma análise de 31 estudos sobre o impacto da educação em DM, mostrou uma queda de 0,76% nos valores de Hb1c e concluiu que o tempo de contato entre o participante e educador foi um fator primordial nos resultados. Uma diminuição de 1% nos valores de Hb1c ocorreu para cada adicional 23,6 horas de contato¹¹. Adicionalmente, os resultados de um estudo publicado em 2018, realizado em amostra de pessoas com DM do município de Belo Horizonte, sugeriram que os efeitos das estratégias educativas utilizadas, contribuíram significativamente para a manutenção do controle glicêmico ao longo do estudo, bem como para a sua redução, quando comparados com os resultados do grupo controle¹².

Nesse sentido, observa-se a efetividade dos programas educacionais em Diabetes como ferramenta de promoção da mudança de hábitos de vida e, consequentemente da diminuição da incidência de DM e das complicações associadas.

Construção do processo de intervenção educacional em Diabetes – Metodologia

O projeto de intervenção educacional será realizado em amostra de pessoas com DM e/

ou portadoras de fatores de risco correlatos ao DM, cadastradas e acompanhadas clinicamente em quatro unidades básicas de saúde (UBS) do município de Passos, Minas Gerais, Brasil. Justifica-se tal cenário (Atenção Primária à Saúde) pelo mesmo fornecer condições favoráveis para a implementação do programa educativo em diabetes, que, em parceria com a Faculdade, buscará desenvolver práticas pedagógicas pautadas na abordagem do usuário, como educação em grupo e intervenção telefônica. Tais medidas criam um ambiente propício ao diálogo, favorecendo uma maior interação do participante com o educador, de forma que se torna possível a discussão dos problemas vivenciados pelo participante no seu dia a dia, convergindo sempre para um processo de reflexão voltado para o autocuidado^{13, 14, 15, 16}.

O projeto de intervenção educacional em DM será pautado na promoção do autocuidado, tendo como objetivo principal a assimilação de conhecimentos e técnicas; desenvolvimento de habilidades e comportamentos para o manejo do DM, melhorando assim a qualidade de vida dos participantes e evitando e/ou adiando as complicações. Para tanto, será utilizado as definições e normas preconizadas pela Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE)¹¹; que desenvolveu uma pesquisa sobre comportamentos de autocuidado e a partir desta definiu sete comportamentos que devem ser praticados pelos pacientes com diabetes após um trabalho educativo efetivo, sendo eles:

- 1.Comendo saudavelmente;
- 2.Fazendo Atividade Física;
- 3.Vigiando as taxas;
- 4.Tomando os medicamentos;
- 5.Encontrando soluções;
- 6.Reduzindo os riscos;
- 7.Adaptando-se saudavelmente.

A fim de verificar a efetividade das intervenções propostas e se de fato o participante passou a adotar uma postura de autocuidado, será utilizado um instrumento de avaliação aplicado antes e após 30 dias de cada intervenção realizada. A avaliação terá por objetivo mensurar o conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento, as

Atenas Higeia vol. 1 nº 1. Jan./Jun. 2019.

habilidades adquiridas, a adesão, a qualidade de vida (hábitos de vida), as dificuldades e barreiras no enfrentamento da doença.

Conclusão

Considerando o cenário atual acerca do DM, suas complicações e consequente oneração da saúde pública, se torna evidente a necessidade de implementação de estratégias educacionais em diabetes, as quais objetivem a propagação de práticas de autocuidado ao portador e seus familiares, conferindo a estes a corresponsabilidade no processo terapêutico da doença. Dessa forma, as estratégias educacionais visam promover a conscientização acerca do desenvolvimento de habilidades, atitudes e comportamentos para o manejo e controle do diabetes, melhorando a qualidade de vida dos participantes e evitando e/ou adiando as complicações. Atualmente, as estratégias educacionais em diabetes têm ganhado espaço e, sendo cada vez mais utilizados como ferramenta para melhora das estatísticas. Tais estratégias devem seguir princípios de educação que utilizem técnicas didáticas voltadas à participação, interação e vivências mais próximas da vida e dificuldade diárias do paciente. Inúmeros trabalhos previamente realizados, demonstraram que a participação ativa do paciente em seu tratamento, traz por consequência melhora no controle metabólico, sobretudo em termos de níveis de Hb1c. Dessa forma, observa-se que os programas educacionais em DM representam uma ferramenta robusta para a melhoria da qualidade de vida e consequentemente do prognóstico dos pacientes que se propõe a participar.

Referências bibliográficas

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
2. American Diabetes Association. Executive summary: standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care. 2011;34 Suppl 1:S4-10. <https://doi.org/10.2337/dc11-S004>.
3. International Diabetes Federation. IDF Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2017; 40(Suppl 1):S1-131.
5. SKYLER, J. S.; BAKRIS, G. L.; BONIFACIO, E.; DARSOW, T.; ECKEL, R. H.; GROOP, L.; et al. Differentiation of diabetes by

pathophysiology, natural history, and prognosis. *Diabetes*. 2017; 66(2): 241-55.

6. CHIANG, J. L.; KIRKMAN, M. S.; LAFFEL, L. M.; PETERS, A. L. Type 1 Diabetes Sourcebook Authors. Type 1 diabetes through the life span: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2014;37(7):2034-54.

7. INSEL, R. A.; DUNNE, J. L.; ATKINSON, M. A.; CHIANG, J. L.; DABELEA, D.; GOTTLIEB, P.A.; et al. Staging presymptomatic type 1 diabetes: a scientific statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2015;38(10):1964-74.

8. DEFRONZO, R. A. Banting lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*. 2009;58(4):773-95.

9. DEFRONZO, R. A. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *MedClin North Am*. 2004;88(4):787-835.

10. BAHIA, L. R.; ARAUJO, D. V.; SCHAAN, B. D.; DIB, S. A.; NEGRATO, C. A.; LEÃO, M. P.; et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*. 2011;14(5 Suppl 1):S137-40.

11. CAMARA, G. M. C.; FORTI, A. C. Diabetes na prática clínica: Cap. 5- A educação em diabetes e a equipe multiprofissional. e-book 2.0 – Módulo 03. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014.

12. TORRES, H. C.; PACE, A. E.; CHAVES, F. F.; MELENDEZ, G. V.; REIS, I. A. Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes: ensaio clínico randomizado. *Rev. Saúde Publica*. 2018; 52:8.

13. GUARIGUATA, L.; WHITING, D. R.; HAMBLETON, I.; BEAGLEY, J.; SHAW, J. E. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(2): 137-49. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.002>.

14. JOO, J. Y. Effectiveness of culturally tailored diabetes interventions for Asian immigrants to the United States: a systematic review. *Diabetes Educ*. 2014;40(5):605-15. <https://doi.org/10.1177/0145721714534994>.

15. RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):284-90. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>.

16. VAN DER WULP, I.; LEEUW, J. R.; GORTER, K. J.; RUTTEN, G. E. effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *diabet med*. 2012;29(10):390-<https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03629.x>