

Educação e Saúde no Diabetes Mellitus

Área Temática de Saúde

Resumo

O presente estudo exploratório epidemiológico teve por objetivos cadastrar os diabéticos de um bairro não atendido pelo Programa de Saúde da Família, levantar os fatores de risco, conhecimento acerca da patologia, tratamento e dificuldades para o autocontrole. Os dados foram coletados pelas autoras, por meio de visitas domiciliares utilizando o cadastro do Hiperdia e um formulário. Realizaram-se 286 visitas, cadastrando 46 (16,09%) diabéticos. Destes, observou-se o predomínio do Diabetes Mellitus tipo 2, maior incidência no gênero feminino e com grau de escolaridade fundamental incompleto. Verificou-se alta incidência de diabetes associada à hipertensão arterial, alto índice de tabagistas, obesos e sedentários. O tratamento predominante é exclusivamente o farmacológico. Observou-se o não cumprimento do aconselhamento alimentar, o desconhecimento acerca do auto-exame dos pés, o predomínio dos fatores de risco constituem fatores para não adesão ao tratamento, contribuindo para o aumento na incidência de complicações.

Autores

Silvana Maria Coelho Leite Fava – professora de Enfermagem

Taís Cristina de Lima – Estudante de Enfermagem

Kenny Dolga de Castro Flausino - Estudante de Enfermagem

Xênia Azevedo Fernandes - Estudante de Enfermagem

Pablo Gomes Ferreira - Estudante de Enfermagem

Instituição

Centro Universitário Federal de Alfenas - CEUFE

Palavras-chave: diabetes mellitus; visita domiciliar; hipertensão

Introdução e objetivo

A extensão universitária constitui um elo entre o ensino e a pesquisa proporcionando um campo de experimentação em pesquisa aplicada e difusa de conhecimentos.

O envolvimento do aluno no projeto de extensão proporciona maior compromisso com a sociedade e maior identificação com uma nova cidadania.

O projeto de extensão Educação e Saúde no Diabetes Mellitus, foi implementado em 1997 afim de atender a demanda da comunidade, principalmente em feiras de saúde e escolas, objetivando nesta época orientações à população. No decorrer dos anos, houve a necessidade de caracterizar os portadores de diabetes, levantar as dificuldades para o autocontrole. Diante desta necessidade, cada vez crescente, o projeto vem sendo desenvolvido em bairros não atendidos pelo Programa de Saúde da Família.

Acrescenta-se também como justificativa para o desenvolvimento deste projeto, o aumento da incidência de diabetes, falta de um atendimento padronizado nas unidades básicas de saúde e a demanda da população.

No Brasil, os dados do estudo multicêntrico de Diabetes Mellitus revelam que cinco milhões de brasileiros são diabéticos, atingindo 7,6% da população entre 30 e 69 anos e 2,7% em sujeitos com menos de 30 anos (Serra, 2001). Neste mesmo ritmo do aumento da incidência, aumenta o número de complicações associado à enfermidade, representando

consequentemente uma pesada carga sobre a vida dos indivíduos bem como dos sistemas sociais (Associação Nacional de Assistência ao Diabetes, 2001).

No Brasil 50% dos diabéticos desconhecem o diagnóstico, isso contribui para o aumento das complicações tardias, aposentadorias precoces devido a amputações e cegueiras, mortalidade e gastos exorbitantes com a saúde pública.

Nos últimos dez anos, o número de óbitos decorrentes do diabetes tipo 2 cresceu 60% no Brasil.

No ano de 2000 morreram cerca de 25.000 diabéticos, quase o mesmo número de mortes registradas em acidentes de trânsito no país. O Ministério da Saúde com o apoio da Federação Nacional de associações de Diabéticos, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Medicina instalou um plano de reestruturação do atendimento aos clientes diabéticos e hipertensos, objetivando tanto a descoberta de novos casos bem como o tratamento gratuito e a educação continuada do portador e do profissional de saúde.

O diabetes mellitus é uma síndrome de perturbação do metabolismo com hiperglicemia imprópria devido uma deficiência absoluta da secreção de insulina ou uma redução na eficácia biológica da insulina (Greenapan, Strewler, 2000).

De acordo com Brasil (2001) estima-se que cerca de 10 a 15% da população seja diabética.

O diabetes mellitus constitui um dos problemas prioritários de saúde pública devido sua cronicidade e incapacitações, contribuindo significativamente para o aumento das taxas de internação hospitalar, invalidez e mortalidade.

Classifica-se em diabetes do tipo 1 que ocorre geralmente em sujeitos jovens e magros e caracteriza-se pela intensa incapacidade do pâncreas em secretar insulina. O diabetes tipo 1 resulta de uma destruição auto imune mediada pela imunidade celular, das células beta pancreática.

É uma doença distinta do diabetes tipo 2, pois o indivíduo possui uma predisposição genética identificada pela presença de certos antígenos do sistema HLA de histocompatibilidade. Um fator ambiental desconhecido precipitaria um processo auto-imune e a aparecimento de anticorpos antilotas, os quais destruiriam as células beta do pâncreas produtoras de insulina. Esta destruição é feita de forma lenta e progressiva, podendo levar até anos. Manifesta-se pelos sintomas clássicos de polifagia, poliúria, polidipsia, fraqueza e perda ponderal.

No entanto, o diabetes tipo 2 parece ter uma suscetibilidade genética a uma variedade de fatores desencadeantes tais como renais, ambientes ou toxinas que estimulam a destruição da célula beta mediada imunologicamente. Depois que 80 a 90% das células beta serem destruídas sobrevêm a hiperglicemia.

Atribui-se também pela resistência periférica à ação da insulina e secreção de insulina reduzida a despeito de elevados níveis de glicemia. Estes defeitos levam a uma menor captação periférica de glicose, bem como o aumento do débito hepático produzindo hiperglicemia pós prandial e em jejum respectivamente.

Este tipo de diabetes está se tornando cada vez mais comum porque mais pessoas estão vivendo por mais tempo, como também maior número de jovens estão expostos às dietas ocidentais ricas em calorias, levando à obesidade infantil (Andreoli, 1998).

O diabetes gestacional constitui o 3º tipo de diabetes, descrito por BRASIL (2001), no qual este tipo ocorre em 2 a 5% de todas as gestações e acarreta macrosomia fetal, hipocalcemia e/ou hiperbilirrubinemia, se não tratada.

No que se refere ao diagnóstico, o Ministério da Saúde (2001) estabelece os seguintes critérios:

- Sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl;
- Sintomas clássicos do diabetes e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia iguais ou superiores a 200 mg/dl;
- Indivíduo assintomático, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião;
- Indivíduos com valores de glicemia de jejum menores que 126 mg/dl e, na segunda hora após uma sobrecarga com 75 g de glicose via oral, iguais ou superiores a 200 mg/dl.

As complicações são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade e são categorizadas em dois tipos: agudas e crônicas.

As principais complicações agudas incluem a hipoglicemia, que está associada ao excesso de insulina ou hipoglicemiantes, pouca alimentação e/ou aumento da atividade física.

A cetoacidose diabética, outra complicação aguda, segundo Smeltzer; Bare (2001) caracteriza por um quadro de hiperglicemia resultando em desidratação, perda de eletrólitos e acidose. Já o coma hiperosmolar não cetótico, complicação aguda comum no diabetes tipo 2 caracteriza-se por estado glicêmico, desidratação, porém, sem clivagem dos ácidos graxos.

As complicações crônicas de acordo com BRASIL (2001) decorrem de alterações da microcirculação desenvolvendo a retinopatia e a nefropatia. Os olhos devem merecer atenção especial do diabético, pois suas alterações vão desde simples erros de refração até perda da capacidade visual. Para Costa, Almeida Neto (1998), a retina é o local onde se concentram as maiores e mais importantes alterações patológicas. As mais frequentes são: estreitamento dos capilares e arteríolas, proliferação de vasos novos e tecido fibroso, contração do humor vítreo. Estas alterações podem ser detectadas pelo exame do fundo do olho.

Quanto à neuropatia, Brasil (2001) refere que essa é a complicação mais comum, compreendendo um conjunto de síndromes que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos graves. Acomete cerca de 40% dos portadores de diabetes. Dentre as manifestações clínicas, destacam-se: formigamento, queimação, hiperalgesia, câibras, fraqueza muscular, pé caído, impossibilidade de subir escadas ou levantar-se de cadeira, hipotensão ortostática, desconforto pós prandial, impotência sexual, anidrose, redução da marcha e equilíbrio.

A nefropatia também merece destaque, pois cerca de 30 a 40% dos portadores de diabetes tipo I desenvolver nefropatia num período de 10 a 30 anos após o início da doença, no entanto no diabetes tipo II até 40% apresentarão nefropatia após 20 anos da doença.

Destacam-se ainda neste contexto, a angiopatia devido a isquemia principalmente nos pés, diminuindo a nutrição dos tecidos e desenvolvendo as úlceras isquêmicas. A hipertensão arterial decorrente da angiopatia merece destaque devido sua alta incidência nos diabéticos corroborando para a nefropatia diabética e hipertensiva, infarto e retinopatia hipertensiva.

O pé diabético conforme Brasil (2001), é uma das complicações mais devastadoras, sendo responsável por 50-70% das amputações, além de concorrer por 50% das internações hospitalares. Para tanto, deve-se examinar os pés diariamente, manter em boas condições higiênicas secando entre os dedos, uso de meias de algodão e sapatos confortáveis. A neuropatia associada à insuficiência vascular pode corroborar para o pé diabético.

O tratamento do diabetes, conforme preconizado no protocolo do Ministério da Saúde 2001, constitui-se pela a dieta, exercícios, monitorização, medicação (se necessário) e educação.

O portador de diabetes deve ser estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida tais como manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e bebidas alcoólicas e alimentação equilibrada.

No que se refere ao tratamento medicamentoso, este pode ser sob a forma de antidiabéticos orais e as insulinas. Portanto, para a eficácia desta terapêutica é imprescindível a adoção de hábitos saudáveis.

Neste contexto é importante destacar que muito tem se desenvolvido na área de assistência ao diabetes. Porém, se considerarmos a progressão desta doença em nossa sociedade colaborando para as incapacitações decorrentes de suas complicações e da mortalidade prematura, os custos sociais e pessoais, faz-se necessário implementar ações que visem o autocuidado afim de manter sobre controle a doença, minimizando suas complicações. Assim, torna-se imprescindível que os portadores estejam constantemente alertas para o seu devido controle aprendendo a conviver com o diabetes e entendendo as possíveis alterações.

Assim, a educação constitui o pilar básico para o tratamento do diabético, pois alerta e conscientiza o sujeito para seu problema de saúde.

De acordo com Zagury (2001), é fundamental compreender "que o bom controle" do diabetes impedirá o aparecimento das complicações. Araújo (1989) afirma que a educação deve ser realizada por equipe multiprofissional.

Este processo educativo pode realizar-se em nível individual e grupal, abordando não só o portador, mas também o envolvimento da família. Neste estudo, priorizou-se a visita domiciliária, pois permite adequar as atividades educativas à realidade do cliente, pois tem como objetivo "identificar" as condições de vida do cliente visando colaborar na promoção e recuperação da saúde MANNIS et al (1993).

Quanto à aderência do cliente ao tratamento, observa-se em diversos estudos, que o fator causal apenas é atribuído ao desconhecimento da patologia, seu tratamento e cuidados necessários. No entanto o comportamento pode ser influenciado por inúmeros fatores como descreve Silva (2001), a interpretação da experiência, a compreensão das orientações, o desejo de fazer as mudanças indicadas. Estes comportamentos são resultantes de decisões no qual as orientações dos profissionais são um dos elementos a serem considerados, mas certamente não é o único, deve ser considerado especialmente suas vivências.

Neste contexto, procurou-se abordar o sujeito no seu cotidiano de vida, levantando-se inicialmente suas dificuldades e a realidade na qual está inserido. A partir destes dados, estimulou-se o cliente para o autocuidado.

Não se deve esquecer nesta abordagem os diversos sistemas acerca do cuidado à saúde, conforme descrito por Kleinman (1980) como sistema familiar, profissional e popular. No familiar em que se inclui o cliente, a família e a sociedade, consiste na cultura popular do senso comum. No profissional, é aperfeiçoado por profissionais da biomedicina e medicina tradicional chinesa. E finalmente, o sistema popular, incluindo neste o uso de ervas, cirurgias espirituais, exercícios especiais e rituais de cura.

Diante do exposto, não se pode esquecer que estes sistemas interagem e que devem ser respeitados para o melhor entendimento e a adesão do cliente ao tratamento. É preciso que o profissional de saúde esteja aberto e disposto a estabelecer a troca de saberes onde ambos os conhecimentos possam ser considerados e ajude a compreender melhor a condição de saúde.

Em face desta realidade, o projeto Educação e Saúde no Diabetes Mellitus tem desenvolvido suas atividades na comunidade com o objetivo de: cadastrar os diabéticos dos bairros não atendidos pelo Programa de Saúde da Família; caracterizar a população em estudo; levantar as dificuldades para o auto-controle; levantar os fatores de risco e o tratamento.

Metodologia

É um estudo quantitativo descritivo e epidemiológico realizado em Alfenas (MG) no período de março a dezembro de 2003.

O método quantitativo segundo Oliveira (2000) significa quantificar opiniões, na forma de coleta de informações utilizando recursos e técnicas estatísticas.

Procurou-se neste estudo descobrir e classificar a relação entre as variáveis. Considerou-se como variável dependente o conhecimento acerca da patologia e tratamento e para independentes o sexo, idade, tipo de diabetes.

Os dados foram coletados pelas autoras do trabalho, constituído pelos acadêmicos do curso de farmácia e enfermagem, através de visita domiciliária. Realizaram-se duas visitas domiciliárias, no período diurno e nos finais de semana. A primeira, realizada em todas as residências, objetivou cadastrar os diabéticos e as dificuldades para o autocontrole e a segunda para orientar e motivar o sujeito para o autocuidado.

Utilizou para o cadastramento dos sujeitos e levantamento de dados o formulário HIPERDIA do Ministério da Saúde e um questionário elaborado pelo grupo de estudo constando de 06 questões estruturadas e 04 não estruturadas.

Com o objetivo de uniformizar as orientações, realizaram-se reuniões semanais com o Coordenador, Colaborador e profissionais de saúde envolvidos nessa temática.

Resultados e discussão

Foram realizadas 286 visitas domiciliárias, sendo que destas 46 (16,09%) eram pessoas diabéticas. Os dados apresentados neste estudo revelaram que 28,27% (13) pertenciam ao gênero masculino enquanto 71,73% (33) ao feminino.

Nos estudos de Pedrosa (1999) verificou-se também que a diabetes acomete mais o sexo feminino talvez pelo fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde.

De acordo com os dados epidemiológicos de Brasil, 2001 a incidência do diabetes é de 7,6% na população entre 30 e 69 anos e de 2,7% na população com menos de 30 anos.

Quanto ao tipo de diabetes, verificou-se que 19,56% (9) apresentavam diabetes do tipo 1 enquanto 80,43% (37) tipo 2. Smeltzer; Bare (2002) descrevem que 5 a 10% das pessoas com o diabetes apresentam o do tipo 1, enquanto 90 a 95% do tipo 2.

Quanto aos antecedentes familiares, verificou-se que 15 (37,71%) relataram antecedentes cardiovasculares na família.

No tratamento dietético observou através da entrevista que 50% cumpriam as orientações, 11% não cumpriam e 39% cumpriam parcialmente.

Quanto aos hábitos de vida, (9) 19,56% ingeriam bebida alcoólica, 56,53% (26) não faziam atividades físicas regularmente e apenas 36,97% (17) realizavam atividades de lazer, 29 (69,05%) tabagistas e o mesmo percentual observado na obesidade e 45,24% (17) eram sedentários.

No que se refere às complicações, os dados deste estudo mostraram que 14 (30,43%) relataram conhecer as complicações, 16 (34,78%) conheciam parcialmente e 16 (34,78%) não conheciam.

Conforme refere Zagury (2001), o "bom controle" do diabetes postergará ou impedirá o aparecimento das complicações. Este é apenas um dos fatores pelos quais o portador deve conhecer bem seu diabetes, aplicar os conhecimentos adquiridos de forma adequada. Porém, é pertinente neste contexto que só há mudança de comportamento quando existe aprendizagem.

As complicações crônicas do diabetes são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade de pacientes diabéticos.

Embora não existam dados populacionais sobre a prevalência das complicações crônicas do diabetes mellitus, no Brasil, estima-se que o número dessas complicações seja elevado. Além disso, acredita-se que apenas uma pequena fração dos portadores de diabetes seja avaliada regularmente quanto à presença de complicações nas suas fases iniciais e receba a devida orientação.

Dentre os fatores mais relatados para as complicações, destacou-se a má alimentação e o estresse, revelados por 20 (43,47%) e, em seguida, a falta de exercícios físicos e a falta de insulina destacada por 19 (41,30%).

Costa (2001) ressalta que é falsa a idéia de que quem tem diabetes não pode consumir massas e pães. A alimentação deve ser equilibrada contendo alimentos que forneçam quantidades suficientes de nutrientes.

A falta de hipoglicemiantes foi relatada por 3 (6,52%) e apenas 1 (2,17%) ressalta a infecção como fator complicador do diabetes.

Para Smeltzer, Bare (2002) as complicações do diabetes a longo prazo podem afetar os sistemas orgânicos do corpo e podem surgir tanto no diabetes tipo 1 como no 2.

Em relação aos antecedentes pessoais verificou-se que 10 (23,81%) já tiveram infarto do miocárdio a mesma percentagem tem ou já tiveram doença renal, 6 (13,04%) AVC e 24 (52,17%) outras complicações.

Quanto aos cuidados para o autocontrole, verificou-se que 24(57,14%) não faziam o auto-exame dos pés, atribuindo a este o desconhecimento de sua importância, úlceras nos pés e amputações são as principais causas de morbidade, incapacidade e gastos para os diabéticos. A identificação precoce pelo profissional de saúde ou pelo paciente, podem prevenir ou adiar o início dessas conseqüências adversas, 3 (37,5%) dos diabéticos tipo 1 faziam rodízio dos locais de aplicação de insulina, utilizando-se predominantemente para estas a coxa e o braço.

No que tange a reutilização de seringas, verificou-se que 1 (12,5%) reutilizava 4 a 5 vezes e 2 (25%) reutilizavam três vezes.

Quanto ao tipo de tratamento verificou-se que 30 (65,22%) utilizavam exclusivamente o tratamento farmacológico, 13 (28,26%) o farmacológico associado ao dietético e apenas 3 (6,52%) faziam uso exclusivo do tratamento dietético.

Dentre os fármacos utilizados pelos entrevistados verificou-se que 12 (26%) utilizavam glibenclâmida e 13 (28%) metformina. Observou-se ainda que 67% destes faziam uso associado com outros fármacos.

Conclusões

O estudo realizado nos fornece dados relevantes sobre o diabetes, permitindo-nos traçar o perfil dos diabéticos, levantar o conhecimento e o tratamento utilizado.

Verificou-se a alta incidência da hipertensão arterial nos diabéticos, maior predomínio do diabetes no gênero feminino, maior incidência do diabetes tipo 2. É preocupante a incidência de 16,09% do diabetes na amostra estudada, pois supera o preconizado pelo Ministério da Saúde (2001).

Os dados revelaram alto índice de tabagistas e obesidade. O aconselhamento alimentar é uma das grandes dificuldades a serem superadas pelos entrevistados, acrescenta-se também o desconhecimento em relação ao auto-exame dos pés.

O tipo de tratamento é outra questão de extrema importância levantada neste estudo, pois os dados revelaram que apenas 28,26% faziam tratamento farmacológico associado ao dietético e que 65,22% faziam somente farmacológico.

É importante ressaltar neste estudo que 23,81% foram acometidos por infarto do miocárdio, 23,81% problemas renais e 13,04% acidente vascular cerebral.

Em face desta realidade, concluímos que a falta de conhecimento, o cumprimento ineficaz das orientações constituem uma das grandes dificuldades no controle e tratamento, evitando ou minimizando suas complicações.

Neste contexto, este estudo sugere: melhor acompanhamento da população em estudo, compartilhando o saber popular e científico; conhecer a experiência do sujeito de estar e conviver com o diabetes mellitus; levantar outros fatores, não apenas o conhecimento para facilitar a adesão ao tratamento.

Referências bibliográficas

ANDREOLI, Cecil. Medicina Interna Básica, 4ª ed., Guabara Koogan, 2002.

ARAÚJO, LMB. Tratamento do diabetes não insulíno dependente. Folha Médica. V.99, n.3, p.119-122, 1989.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO. Reduzindo o impacto: Diabetes e doenças cardiovasculares; custos. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.anad.org.br>. Acesso em: 18 nov., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus - Protocolo. Brasília, n.7, p.96, 2001.

COSTA, AA; ALMEIDA NETO, JS. Manual de diabetes: alimentação, exercícios, medicamentos. Sarvier, São Paulo, 1998.

MANNIS, AH et al. Contribuição do enfermeiro através da visita domiciliária no tratamento do diabético: relato de experiência. Acta Paul. Enfermagem. São Paulo, v.6, n.4, p.03-10, 1993.

PEDROSA, H.C. Pé em risco de úlceras: o uso de monofilamento para uma detecção precoce. Diabetes, Saúde e Cia, v.1, n.2, p.4, set/out, 1999.

SERRA, J. Campanha de detenção do diabetes. Ministério da Saúde cumpre o seu dever. Revista De Bem com a vida. São Paulo, v.2, n.6, p.6-8, abr/mai/jun., 2001.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9 ed. Rio de Janeiro: Gianabara Koogan, 2001. Cap. 39.

ZAGURY, LA. A importância de Aprender. rev. BD com dia. São Paulo, V.15, n. 63, p.10-11, jul/ago/set. 2001.