

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA CLÁUDIA LOURENÇO CAGNANI
GALGANIA DE ARAUJO LIMA

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DO DIABETES
NOS ADULTOS EM UM CENTRO DE SAÚDE NA ILHINHA, SÃO LUÍS - MA

São Luís

2009

**ANA CLÁUDIA LOURENÇO CAGNANI
GALGANIA DE ARAUJO LIMA**

**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DO DIABETES
NOS ADULTOS EM UM CENTRO DE SAÚDE NA ILHINHA, SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Doutora Sueli Rosina Tonial.

São Luís

2009

**ANA CLÁUDIA LOURENÇO CAGNANI
GALGANIA DE ARAUJO LIMA**

**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTROLE DO DIABETES
NOS ADULTOS EM UM CENTRO DE SAÚDE NA ILHINHA, SÃO LUÍS - MA.**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Sueli Rosina Tonial (Orientadora)

Doutora em Saúde da Mulher e da Criança

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof^ª. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

A Deus, pelo dom da vida.

*“A eficiência é uma relação
técnica entre entrada e saída.”*

Idalberto Chiavenato

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a atuação da equipe multiprofissional no controle do Diabetes em adultos no Centro de Saúde Bezerra de Menezes, no bairro do São Francisco, São Luís – MA. É um estudo quantitativo, prospectivo e descritivo, realizado com uma população de 62 pacientes na faixa etária de 19 a 59 anos. Para a coleta de dados aplicou-se um questionário com perguntas sobre faixa etária, sexo, escolaridade, hábitos alimentares etc. Os dados foram processados e representados em forma de gráficos e tabelas utilizando-se o Programa Microsoft Office 2003 para análise dos dados estatísticos. Os resultados constam de mulheres em sua maioria, com idade superior a 50 anos, com prevalência de outras doenças associadas como a hipertensão arterial. Conclui-se que a equipe multiprofissional tem uma participação pouco ativa para a prevenção e controle do Diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

This work aims to examine the overall performance of team in control of diabetes in adults in the Health Center Bezerra de Menezes, in the neighborhood of São Francisco, São Luís - MA. It is a quantitative study, prospective and descriptive, conducted with a population of 62 patients aged 19 to 59 years. For data collection was applied a questionnaire with questions on age, sex, education, eating habits etc. The data were processed and represented in the form of graphs and tables using the program Microsoft Office 2003 for analysis of statistical data. The results are mostly of women, aged over 50 years, with prevalence of other diseases such as hypertension. It follows that the team has a little active participation in the prevention and control of diabetes.

Key-words: Diabetes Mellitus. Multiprofessional team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	- Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo faixa etária, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís-MA, 2008...	17
Gráfico 1	- Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo sexo, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	17
Tabela 2	- Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo escolaridade, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	18
Gráfico 2	- Percentual de usuários portadores de DM, segundo tempo de participação no programa no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	19
Gráfico 3	- Percentual da regularidade das consultas nos últimos 6 meses dos pacientes diabéticos no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	19
Tabela 3	- Distribuição numérica e percentual quanto a utilização de medicação diária, recebimento da medicação e realização de consultas no recebimento da medicação no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008..	20
Tabela 4	- Distribuição numérica e percentual dos atendimentos individuais no momento que recebe a medicação no Centro de saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	21
Tabela 5	- Distribuição numérica e percentual da realização de palestra e participação da população estudada no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís – MA, 2008.....	21
Gráfico 4	- Distribuição numérica e percentual dos pacientes diabéticos com outras doenças associadas no Centro de saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.....	22
Tabela 6	- Distribuição numérica e percentual ao estilo de vida segundo paciente diabético atendido pelo Centro de Saúde Bezerra de Menezes, São Luís - MA, 2008.....	23
Tabela 7	- Distribuição numérica e percentual quanto a realização de visita domiciliar e orientações pela equipe multiprofissional aos pacientes diabéticos no Centro de Saúde Bezerra de Menezes, São Luís - MA, 2008.....	24

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4 METODOLOGIA	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES	28
ANEXO	32

1 INTRODUÇÃO

A obesidade está sendo considerada uma doença crônica e epidêmica, pois vem apresentando um rápido aumento de sua prevalência nas últimas décadas, trazendo consigo todo um rol de doenças importantes, a começar pelo diabetes. Diante do aumento das prevalências da obesidade, torna-se urgente estudar estratégias que permitam o seu controle.

Desde a Segunda Guerra Mundial a obesidade é reconhecida como um problema de saúde pública, representando atualmente o principal distúrbio nutricional dos países industrializados. O aumento dos casos de excesso de peso é descrito também em países em desenvolvimento, onde coexiste com a desnutrição (LESSA, 1992).

A obesidade pode ser considerada como uma síndrome, definida pelo aumento de tecido adiposo em relação à massa corporal magra e determinada, na maior parte dos casos, por inadequação entre ingestão alimentar e dissipação de calor ou energia. Ela está associada a uma série de doenças graves, como: hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes tipo 2, aumento do colesterol, triglicérides, entre outros. Além de fatores emocionais como: baixa auto-estima, isolamento psicossocial e agressividade (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

A obesidade infantil já é considerada um caso de calamidade nos Estados Unidos da América e está se tornando um problema igualmente grave e preocupante para a equipe médica brasileira. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), 15% das crianças e adolescentes do país estão acima do peso ideal, tornando-se uma constatação inquietante para os profissionais de saúde (VILLARES et al., 2007).

Segundo Villares et al (2007) os principais responsáveis pelo crescimento da obesidade entre os jovens, são: os hábitos alimentares que mudaram bruscamente devido à correria, dando espaço a um cardápio mais calórico (fast-food), o sedentarismo devido a redução de atividade física e o avanço da tecnologia. O diabetes mellitus tipo 2, que há alguns anos apresentava-se como uma entidade rara entre os adolescentes, agora é considerado em certas populações como a metade dos casos de diabetes diagnosticados. Este distúrbio está atribuído ao aumento da obesidade infantil, que possui fatores de caráter múltiplos, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos.

Diabetes mellitus é uma síndrome devido à insuficiência insulínica relativa ou absoluta e que traz, como consequência, desvios metabólicos dos hidratos de carbono, lípidos, água e eletrólitos, que, quando muito intensos, culminam na cetose diabética, coma e morte. Paralelamente, podem ocorrer, conseqüentes a esses desvios, processos degenerativos em vários órgãos ou tecidos. A etiologia da doença é muito discutida e apesar de várias causas

prováveis como infecção (vírus), auto-imunidade, distúrbio hormonal, obesidade e outras, a predisposição hereditária está quase sempre presente (LIBERATORE et al., 1980).

O diabetes mellitus assume grande importância no contexto dos problemas de saúde pública. O mau controle da doença ocasiona uma série de complicações agudas e crônicas que podem ser evitadas através do acompanhamento pela equipe de saúde e da participação ativa do paciente no seu tratamento diário. Atividades educativas devem ser disponibilizadas com o intuito de prevenir complicações e promover melhor adaptação do paciente à doença (VASCONCELOS et al., 2000).

Leite et al (2001) relataram que o diabetes habitualmente está associado a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade e resistência insulínica, tornando o seu manejo bastante complexo porque implica em mudança de estilo de vida dos indivíduos, além da associação de múltiplas drogas e/ou múltiplas aplicações de insulina para o manejo de todas estas situações.

O diabetes mellitus atinge em todo o mundo grande número de pessoas de qualquer condição social, configurando-se como problema individual e de saúde pública, de alta relevância, visto que sua incidência e prevalência têm aumentado nos últimos anos e já alcança proporções epidêmicas. A importância do controle do diabetes acentua-se pelo fato de constituir-se como a sexta causa básica de morte no Brasil, a principal causa de cegueira adquirida e de amputação de membros inferiores (RODRIGUES et al., 2006).

Torres et al (2007) observaram que o diabetes mellitus é a quarta causa de morte no mundo e é uma das doenças crônicas mais frequentes, existindo atualmente cerca de 120 milhões de diabéticos no planeta. Estima-se que no ano de 2025 teremos aproximadamente 300 milhões portadores da doença. A incidência e a prevalência estão aumentando, em particular no diabetes mellitus tipo 2.

Um outro fator extremamente importante segundo a OMS, é a qualidade de vida que os pais proporcionam aos filhos, pois eles esquecem que são modelos para os filhos e estes o copiam. Sendo assim, para que a criança ou o adolescente mantenha uma alimentação saudável, os pais têm que incentivar bons hábitos alimentares e manter de forma rígida desse comportamento alimentício.

Com isso, tem-se conhecimento que sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis podem levar a obesidade e conseqüentemente a doenças como diabetes, isto nos leva a atentar para esta situação, com a intenção de estudar a atuação das equipes multiprofissionais para a prevenção em parceria, realizando palestras, conscientização dos hábitos saudáveis e estimulação das atividades físicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação da equipe multiprofissional no controle do diabetes em adultos de um Centro de Saúde na Ilhinha, São Luís - MA.

2.2 Específicos

- Identificar as condições sócio-demográficas da população estudada;
- Conhecer a participação e regularidade da população estudada no Programa de Controle do Diabetes;
- Investigar as ações da equipe no controle do Diabetes;
- Identificar as doenças associadas à Diabetes, bem como o estilo de vida dos pacientes após a descoberta do Diabetes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Ministério da Saúde considera que “o objetivo mais importante da educação do diabético seria fazer o paciente mudar de atitude internamente, tomando-o ativo no controle da doença. Só então, ter-se-ia concretizado a verdadeira educação.” O manual do Diabetes no Ministério da Saúde refere que o mau controle do diabetes ocasiona uma série de complicações crônicas, tais como insuficiência renal terminal, cegueira, amputação de membros inferiores, coronariopatias. Consta ainda que a educação é parte integrante do tratamento e que será através da educação que os pacientes poderão melhorar a sua qualidade de vida, permitindo sua plena integração na sociedade. (BRASIL, 1993)

Entre os principais problemas de saúde pública no Brasil, está o diabetes mellitus, sendo responsável pela morbi-mortalidade de grande parte da população. É sabido que grande parte das complicações que o diabetes pode ocasionar, poderia ser evitada. Neste estudo detectou-se que a maioria dos pacientes pesquisados ressentia-se da falta de orientações quanto à doença e tratamento. Contudo, mesmo entre aqueles que se consideram informados, existe a falta de conscientização quanto à necessidade de alterações pessoais no estilo de vida. Entretanto, conseguir a adesão do paciente a tratamentos que exigem mudanças de

comportamento nem sempre é uma tarefa fácil para os profissionais da área de saúde (VASCONCELOS et al., 2000).

Torna-se ainda necessário o desenvolvimento de atividades de ensino ou práticas educativas de saúde dirigidas ao paciente e família, visando a prevenção de complicações através do auto-cuidado, possibilitando melhor adaptação do paciente. Sendo considerado que o paciente saiba mais sobre a sua doença para que tome atitudes corretas facilitando o seu tratamento, pois se o paciente mantém um mesmo conhecimento por longo período, isso poderá fazê-lo acomodar a respeito do problema que ele tem, sendo de extrema importância então, que estes sejam melhor informados sobre a doença e assim tome-se capacitados para lidar com ela mais ativamente.

A abordagem multiprofissional é considerada ideal para o atendimento ao diabético devido à complexidade da consulta, que devem abordar muitos detalhes do tratamento medicamentoso, dietoterápico e educação destes pacientes na prevenção das complicações crônicas (LEITE et al., 2001).

Maia; Araújo (2002) relataram que a educação em diabetes é parte imprescindível do tratamento do paciente, associado ao controle metabólico adequado, atividade física e dieta. Sendo que a forma de colônia de fim de semana é de grande valor no que tange aos aspectos biopsicossociais da doença. As colônias de fim de semana, de acordo com a experiência do grupo “Diabetes Weekend”, têm se mostrado eficazes na prevenção de quadros agudos e está relacionado a uma melhora da qualidade de vida, com redução do número de crises de hipoglicemia, menor número de internações hospitalares, melhor controle metabólico e maior aceitação da doença.

A educação para o controle do diabetes pode ser desenvolvida de várias maneiras: dinâmicas de grupos, folhetos informativos, palestras para a população carente, colônias de fim de semana, dentre outras. As colônias educativas permitem aliar lazer e cultura, proporcionando ao diabético a aquisição de conhecimentos, estimulação da monitorização domiciliar e melhor aceitação da doença, através do trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional.

Quando uma criança ou adolescente torna-se diabético, não é apenas ele, mas, também, a família diabética, ou seja, aqueles que serão os responsáveis por cuidar da doença importuna. É preciso um maior tempo do que a simples consulta médica para que esses indivíduos possam entender melhor sua doença e compreender que é perfeitamente possível conviver bem com o diabetes (MAIA; ARAÚJO, 2002).

A grande maioria dos profissionais focaliza e se concentra em atendimentos individuais, com ênfase nos parâmetros da abordagem da clínica médica. No entanto a ênfase no tratamento do diabetes mellitus deve ser conferida às estratégias educativas visando a modificações do estilo de vida que incluem a suspensão do fumo, o aumento da atividade física e a reorganização dos hábitos alimentares (RODRIGUES et al., 2006).

Rodrigues et al (2006) realizaram uma pesquisa em prontuários e identificaram que dentre os usuários, alguns já apresentavam complicações decorrentes do diabetes, entre elas, complicações vasculares que evoluíram para feridas, perda da sensibilidade e amputação de membros inferiores. Essas complicações, na perspectiva de vigilância da saúde, seriam passíveis de prevenção através de adequado monitoramento do usuário e de pronta detecção de sinais precoces de alteração para alcançar-se a redução de danos.

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento (PAIVA et al., 2006).

Torres et al (2007) fizeram uma oficina considerada pelas equipes de saúde da família como uma estratégia pedagógica, de fácil compreensão, interativa, lúcida e motivadora para desenvolver futuros programas de educação em saúde. Sendo que primeiro era conhecido o perfil da clientela da unidade a ser trabalhada, a definição de equipe heterogênea e o desenvolvimento da técnica da oficina a ser adaptada. Este trabalho contribuiu para a conscientização, atualização e motivação da equipe do Programa de Saúde da Família no atendimento ao portador de diabetes, resultando na redução das complicações da doença e na melhoria da educação e comunicação dos profissionais de saúde.

4 METODOLOGIA

❖ Tipo de estudo

Estudo quantitativo, prospectivo e descritivo. Realizado no Centro de Saúde Bezerra de Menezes, na Ilhinha, Bairro do São Francisco, São Luís – MA.

❖ Local de estudo

Esse estudo foi realizado no Centro de Saúde Bezerra de Menezes que contém uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, situado na rua 02, na Ilhinha, no bairro do São Francisco, pertencente ao município de São Luís e que é caracterizado pelas diferenças sociais e econômicas, sendo uma parte onde a expansão imobiliária foi planejada e é constituída por um conjunto de residências de classe média e edifícios para classe média alta, sendo alguns muito luxuosos. Na outra parte – denominada Ilhinha - reside uma população de baixa renda, não houve planejamento imobiliário, as pequenas casas são muito próximas e desordenadas, o saneamento de esgoto é precário e associa-se a uma parte constituída por palafitas. Esta área caracteriza-se pela exclusão social com altos índices de violência urbana.

❖ População

Considerou-se o total de adultos na faixa etária de 19 a 59 anos, residentes na área de estudo, constituindo no total de 62 pacientes cadastrados. A população que fez parte deste trabalho constitui-se de todos os pacientes cadastrados na área de estudo.

❖ Variáveis de estudo

Sexo, idade, escolaridade, atividade física, hábitos alimentares, regularidade das consultas e palestras.

❖ Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário composto de perguntas fechadas e semi-abertas, enfocando questões sobre aspectos sócio-econômicos e

estilo de vida. Este questionário foi aplicado pelas pesquisadoras na unidade de saúde do PSF do São Francisco. (Apêndice A)

❖ **Coleta de dados**

Foi apresentado a cada participante um termo de consentimento livre e esclarecido, objetivando garantias quanto ao seu anonimato, sigilo das informações prestadas, conforme aludem as diretrizes normas reguladoras do Conselho Nacional de Saúde. (Apêndice B).

Aplicação do questionário aos pacientes diabéticos que apareciam no Centro de Saúde Bezerra de Meneses para consultas nas quintas feiras ou para receber medicação.

❖ **Análise de dados**

Os dados foram processados e representados em forma de gráficos e tabelas utilizando-se o Programa Microsoft Office Excel 2003 para análise de dados estatísticos.

❖ **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

Apresenta-se no anexo A, a cópia do Parecer Consubstanciado, Protocolo nº 23115 002912/2008-86 do Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária dos indivíduos pesquisados variou de 19 a 59 anos. Foi verificada uma maior quantidade de pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 1). O que confirma a pesquisa de Rodrigues et al (2006), onde pode-se verificar que a frequência de usuários diabéticos aumenta consideravelmente após os 40 anos de idade.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo faixa etária, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

Faixa etária	N	%
19 a 29 anos	4	6,78
30 a 39 anos	7	11,86
40 a 49 anos	15	25,42
50 a 59 anos	33	55,93
Total	59	100,00

A maior concentração dos pacientes diabéticos entrevistados foi do sexo feminino de 67,80%, enquanto do sexo masculino foi de 32,20% (Gráfico 1). Do mesmo modo que Paiva et al (2006) constatou que a maior concentração dos pacientes diabéticos está no sexo feminino.

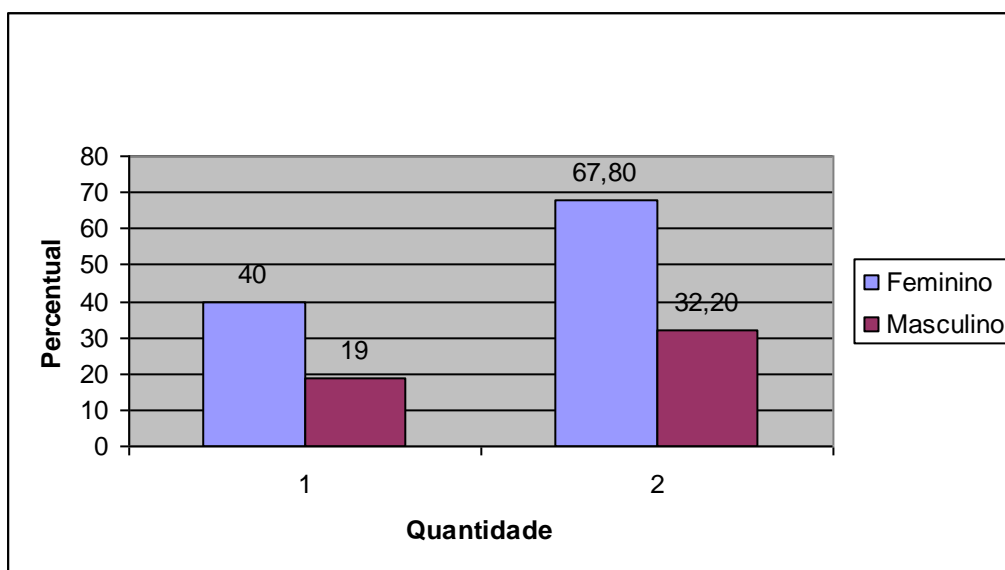


Gráfico 1- Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo sexo, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís – MA. 2008.

O índice de escolaridade maior verificado foi de ensino médio (incompleto e completo) com um total de 52,54%, e o de menor índice foi o nível superior (incompleto e completo) com um total de 5,08%. Destacam-se também os percentuais de analfabetos (11,86%) e de pessoas com o ensino fundamental incompleto (11,86%) que juntos perfazem cerca de 24 % da população deste estudo (Tabela 2). No entanto Paiva et al (2006) observaram uma maior quantidade de pacientes diabéticos com baixa escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de usuários portadores de DM, segundo escolaridade, no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

Escolaridade	N	%
Analfabeto	7	11,86
Ensino Fundamental Incompleto	7	11,86
Ensino Fundamental Completo	11	18,64
Ensino Médio Incompleto	13	22,03
Ensino Médio Completo	18	30,51
Ensino Superior Incompleto	1	1,69
Ensino Superior Completo	2	3,39
Total	59	100,00

Observou-se uma maior quantidade de pacientes com relato de mais de 3 anos na participação do programa que foi de 63% e uma menor quantidade com menos de 1 ano chegando a 12% (Gráfico 2). O que vem a confirmar com a pesquisa de Rodrigues et al (2006) que observaram também uma maior quantidade de pacientes com mais de 3 anos de participação no Programa.

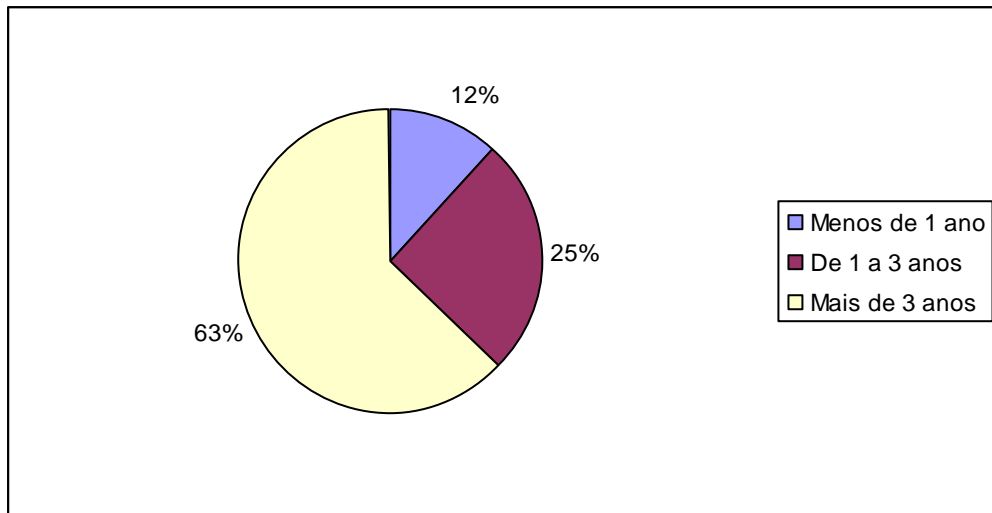


Gráfico 2- Percentual de usuários portadores de DM, segundo tempo de participação no programa no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

Com relação à regularidade nas consultas nos últimos 6 meses, verificou-se 61% participam mensalmente das atividades do programa, 34% buscaram o Centro de Saúde entre 2 a 3 vezes, 2% mais de quatro vezes e e 5% nenhuma vez (Gráfico 3). No entanto Rodrigues et al (2006) constatou em prontuários que a maioria dos pacientes diabéticos tiveram o último atendimento com intervalo igual ou superior a 5 meses, extrapolando o intervalo máximo recomendado para os usuários que se mantêm em controle satisfatório que é de 3 a 4 meses.

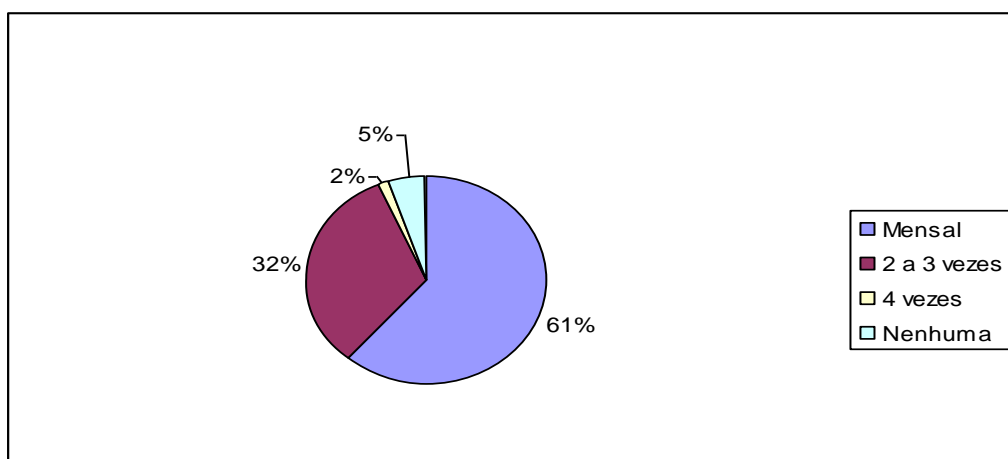


Gráfico 3 - Percentual da regularidade das consultas nos últimos 6 meses dos pacientes diabéticos no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

Apenas dois pacientes não utilizam medicação diariamente, enquanto que todos os demais a utilizam. (Tabela 3)

Observou-se um maior número de recebimento de medicação no posto de saúde (72,88 %), enquanto 27,12% disseram não receber devido à falta ou a demora para a chegada da medicação no posto de saúde, preferindo estes a receber em outros postos de saúde ou até mesmo comprá-los (Tabela 3). No entanto Paiva et al (2006) relataram que a maioria dos pacientes não recebem toda a medicação na USF e que estes afirmaram comprar seu medicamento quando necessário.

A entrega da medicação vinculada ao momento da consulta realizou-se em maior percentual (86,4 %) e apenas 13,56% não receberam os medicamentos no momento da consulta (Tabela 3). Sendo que esta é oportuna para acontecer uma maior interação profissional-cliente, segundo Vasconcelos et al (2000).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual quanto a utilização de medicação diária, recebimento da medicação e realização de consultas no recebimento da medicação no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

	N	%
Utiliza medicação diariamente		
Sim	57	96,61
Não	2	3,39
Total	59	100,00
Recebe medicação no Centro de Saúde		
Sim	43	72,88
Não	16	27,12
Total	59	100,00
Tem consulta quando recebe a medicação		
Sim	51	86,44
Não	8	13,56
Total	59	100,00

Todos os pacientes foram consultados por médicos, e em menor quantidade de atendimento por enfermeiros e demais profissionais (Tabela 4). Já Liberatore et al (1980) constataram que quase todos os pacientes foram consultados pelo médico e que mais da metade deles foram consultados pelos outros profissionais da saúde.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos atendimentos individuais no momento que recebe a medicação no centro de saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

	N	%
Médico	59	100,00
Enfermeiro	7	11,86
Nutricionista	3	5,08
Odontólogo	3	5,08
Assistente Social	1	1,69
Psicólogo	-	-
Total	73	-

Com relação à realização de palestras no Posto de Saúde pela equipe multiprofissional, constatou-se que apenas 30,51 % afirmaram a existência de palestras enquanto 69,49 disseram que não eram oferecidas palestras (Tabela 5). As respostas afirmativas sobre as palestras foram de quem já recebia tratamento a mais de três anos, esta análise nos leva a presumir que estas eram realizadas anteriormente, o que contrasta ao trabalho de Torres et al (2007) que mostra o quanto a intervenção educativa é importante como forma de atualização e avaliação dos pacientes.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da realização de palestra e participação da população estudada no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

	N	%
A equipe multidisciplinar realiza palestras no Centro de Saúde		
Sim	18	30,51
Não	41	69,49
Total	59	100,00
Você participa		
Sim	3	16,67
Às vezes	4	22,22
Não	11	61,11
Total	18	100,00

Na grande maioria das respostas com relação à existência de outras doenças associadas, verificou-se que os pacientes apresentam: hipertensão arterial: 73,58%, doenças

cardiovasculares: 9,43%, doença renal: 5,66%, entre outras: 11,32% (Gráfico 4). Paiva et al (2006) também constataram uma maior quantidade de hipertensão arterial associada com diabetes.

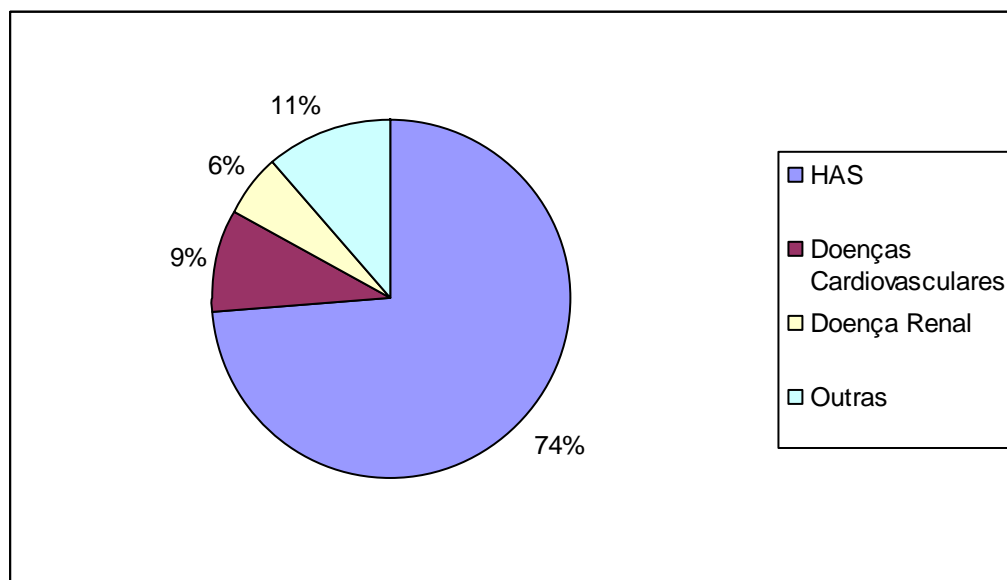


Gráfico 4 – Distribuição do percentual dos pacientes diabéticos com outras doenças associadas no Centro de Saúde Bezerra de Meneses, São Luís - MA, 2008.

Com relação ao estilo de vida dos pacientes, a maioria referiu não ter o hábito de praticar atividades físicas (76,27%), enquanto apenas (23,73%) relatou este hábito (Tabela 6). O que confirma com a pesquisa de Paiva et al (2006), onde os pacientes pesquisados relataram não ter o hábito de praticar atividades físicas por falta de tempo, dores e cansaço.

Quanto à análise dietética, constatou-se que 54,24% fazem controle alimentar e 45,76% não o fazem (Tabela 6). Segundo Assunção et al (2006) em seu estudo referiu uma baixa adesão à dieta, apesar da importância desta no controle do diabetes.

A maioria dos pacientes (72,88) encontra-se com o peso normal, enquanto que 27,12% estão fora do peso adequado. (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual quanto ao estilo de vida segundo paciente diabético atendido pelo Centro de Saúde Bezerra de Menezes, São Luís, MA, 2008.

	N	%
Pratica atividades físicas		
Sim	14	23,73
Não	45	76,27
Total	59	100,00
Segue dieta alimentar		
Sim	32	54,24
Não	27	45,76
Total	59	100,00
Peso Normal		
Sim	43	72,88
Não	16	27,12
Total	59	100,00

Foi constatado que na rotina de atendimento do posto de saúde segundo relato dos pacientes, não há visita domiciliar realizada pela equipe multiprofissional. (Tabela 7)

Quando questionados sobre as orientações quanto a doença e tratamento que recebiam dos profissionais de saúde, 76,27% disseram que receberam orientações, enquanto 23,76% disseram que não receberam essas orientações (Tabela 7). O que contrasta com a pesquisa de Vasconcelos et al (2006) onde a maioria não recebia orientações e quando acontecia estas eram insuficientes.

Tabela 7- Distribuição numérica e percentual quanto a realização de visita domiciliar e orientações pela Equipe Multiprofissional aos pacientes diabéticos do Centro de Saúde Bezerra de Menezes, São Luís - MA, (2008).

	N	%
Recebe visita domiciliar		
Sim	0	
Não	59	100,00
Total	59	100,00
Recebe orientações da equipe multidisciplinar		
Sim	45	76,27
Não	14	23,73
Total	59	100,00

6 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, foram entrevistadas 59 pessoas, os dados foram colhidos por meio de questionário no Centro de Saúde Bezerra de Menezes e a amostra populacional avaliada foi da faixa etária entre 19 e 59 anos, de ambos os sexos, sendo mulheres na maioria. Quanto ao nível de escolaridade sobressai o Ensino Fundamental Completo.

No PSF investigado, verificou-se que todos os pacientes que procuram atendimento, são consultados individualmente pelo médico, recebem orientações e a maior parte obtém a medicação receitada após a consulta e o restante compram ou adquirem em outros postos de saúde. Em relação, a participação para acompanhamento e orientação de outros profissionais de saúde, constatou-se que é praticamente nula. No que diz respeito a palestras educativas e visitas domiciliares, mostra que são inexistentes. Logo, se percebem que devido a ausência das atividades da equipe de saúde para uma maior conscientização da doença do pacientes, estes se enumeram pouquíssimos na regularidade para as consultas.

Em função de ter sido estudada uma amostra populacional representativa de um grupo etário com sua maioria acima de 30 anos, observou-se uma prevalência de outras doenças associadas, como a hipertensão arterial.

Nem todos os entrevistados, se declararam acima do peso, porém com relação às atividades físicas e hábitos alimentares mais saudáveis, os resultados mostram que poucos

levam em conta estes fatores relevantes ignorando seus benefícios, priorizando o tratamento medicamentoso.

Foram observadas algumas deficiências em relação às intervenções educativas que deveriam ser realizadas para melhorar a qualidade de vida da população pesquisada, como a realização de palestras educativas que incentivem a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e a regularidade de atividade física.

A partir da análise dos resultados desta pesquisa, conclui-se que a equipe multiprofissional tem uma participação pouco ativa para a prevenção e controle do diabetes. A necessidade de intervenção e avaliação desses profissionais de saúde é de suma importância para visar uma maior conscientização do diabetes e de seus malefícios que em nosso país cresce num ritmo avassalador, devido não só pelo consumo de alimentos não saudáveis contribuindo para a obesidade que é uma das causas mais importantes do diabetes, mas pela vida cada vez mais sedentária que levamos que nos predispõem perigosamente à doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de diabetes: o atendimento do diabético na rede básica de saúde.** 1993. p. 86-89.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 41, p. 1215-1273.

DIABETES Tipo 2. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/diabetes/tipos/dm2.php> >. Acesso em: 13 set. 2007.

LEITE, S. A. O.; COSTA, P. A. B.; GUSE, C. Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: avaliação do impacto do “ Staged Diabetes Management” em um Sistema de Saúde Privado. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 481-486, out. 2001.

LESSA, I. **Tendência da mortalidade proporcional pelo diabetes mellitus nas capitais brasileiras.** 1992.

LIBERATONE, R. D. R. et al. A criança diabética numa equipe multiprofissional: enfoque terapêutico: experiência ambulatorial. **Pediatr**, São Paulo, n.2, p. 278-285, 1980.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Projeto “Diabetes Weekend”; proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 566-573, out. 2002.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev. 2006. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/scielo.php> >. Acesso em: 15 out. 2007.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, jan./abr. 2006.

TORRES, H. C. et al. Oficinas de educação em saúde: uma estratégia educativa no controle do Diabetes Mellitus tipo II no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/ Brasil. **Revista Diabetes Clínica**, Belo Horizonte, p. 177-181, 2007.

VASCONCELOS, L. B. et al. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 2, jul./dez. 2000. Disponível: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> >. Acesso em: 15 out. 2007.

VILLARES, S. M.; RIBEIRO, M. M.; SILVA, A. G.. Obesidade infantil e exercício. **Abeso**, São Paulo, ano 4, n. 13, abr. 2003. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br> > Acesso em: 13 set. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1. Nome: _____
2. Data de nascimento ____/____/____ Idade: _____
3. Sexo: () F () M
4. Escolaridade:
() Analfabeto () Ensino Médio Completo
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Superior Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Completo
() Ensino Médio Incompleto
5. Tempo de participação no Programa de Diabetes:
() Menos de 1 ano () De 1 a 3 anos () Mais de 3 anos
6. Regularidade na consulta nos últimos 6 meses:
() Mensal () Quatro vezes
() 2 a 3 vezes () Nenhuma
7. Utiliza medicação diariamente: () Sim () Não
8. Você recebe medicação no Posto de Saúde? () Sim () Não
9. No momento que recebe a medicação tem consulta? () Sim () Não
10. Consultado por quem?
() Médico () Nutricionista () Assistente social
() Enfermeiro () Odontólogo () Psicólogo
11. A equipe multiprofissional realiza palestras no Posto de Saúde? () Sim () Não
11. Se existe a realização de palestras, você participa?
() Regularmente () Às vezes () Não
12. Você tem outras doenças:
() HAS () Doença renal
() Doenças cardiovasculares () Outras
13. Você pratica atividades físicas com regularidade? () Sim () Não

14. Você segue alguma dieta alimentar? () Sim () Não
15. Está com o peso normal? () Sim () Não
16. Recebe visita domiciliar? () Sim () Não
17. Recebe orientações da equipe multiprofissional quanto à doença e tratamento?
() Sim () Não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador(a): Profª Doutora Sueli Rosina Tonial.

End: Av. Castelo Branco, 605, cobertura, São Francisco. CEP 650726-090. São Luís/MA

Fone: 3216 9900. E-mail: tonial@elo.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

End. Do Comitê: Avenida dos Portugueses, s/n. Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB-Velho, Bloco C, sala 7, CEP: 65080-040, São Luís – MA. Fone: 2109 8709

Pesquisadores: Ana Cláudia Lourenço Cagnani

Galgania de Araujo Lima

**UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO
 CONTROLE DO DIABETES EM ADULTOS NUM CENTRO DE SAÚDE NA
 ILHINHA, SÃO LUÍS - MA.**

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre as características das pessoas atendidas pelo Programa Saúde da Família no Centro de Saúde Bezerra de Menezes, na Ilhinha, no bairro do São Francisco, em São Luís – MA. Para isso, precisamos fazer-lhe algumas perguntas que ajudarão conhecer melhor a população atendida nessa unidade e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a realidade dessa comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para esta pesquisa, não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custo. Caso desista de participar, não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado prestado nesse serviço. Eu,....., declaro, após ter sido esclarecido e entendido as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa acima mencionada. Fui esclarecido e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre estilo de vida e de saúde. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Local..... Data...../...../.....

 Assinatura e carimbo do pesquisador

 Sujeito da pesquisa

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consustanciado