



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

JÉSSICA CHAVES VIEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF PIQUIZEIRO
EM CAXIAS - MA

CAXIAS

2018

JÉSSICA CHAVES VIEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF PIQUIZEIRO
EM CAXIAS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Dr. Orleancio Gomes Ripardo de Azevedo

CAXIAS

2018

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.
_Local, ano.
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

JÉSSICA CHAVES VIEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES DIABÉTICOS DA ESF PIQUIZEIRO
EM CAXIAS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as doenças crônicas não transmissíveis, são consideradas as principais causas de mortes no Brasil. O diabetes mellitus apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. O baixo percentual de pacientes portadores de diabetes em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Piquizeiro, motivou a realização do projeto intervencionista, visando a melhoria desse índice. Para a Sociedade Americana de Diabetes, a educação para autogestão do diabetes facilita conhecimentos, habilidades e capacidades necessários para o autocuidado da doença. Considerando isso, foram realizadas atividades coletivas educativas e dinâmicas, onde pôde-se observar e atuar nas principais dificuldades dos portadores de diabetes mellitus para realizar cuidado continuado adequado. Para que assim, o paciente se torne um componente ativo no seu tratamento, podendo adequá-lo à sua rotina. Além disso, espera-se aumentar o número de pacientes diabéticos sendo acompanhados na ESF Piquizeiro consequentemente, diminuir o número de complicações. Podendo assim, contribuir para melhoria da assistência prestada e da qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação em Saúde. Autocuidado.

RESUMEN/ABSTRACT

According to the Ministry of Health (MS), chronic non-communicable diseases, are considered the main causes of deaths in Brazil. Diabetes mellitus presents high morbidity and mortality, with important prejudice in quality of life. It is a leading cause of mortality, kidney failure, lower limb amputation, blindness, and cardiovascular disease. The low percentage of diabetics patients followed up in the Strategy of Health and Healthcare Piquizeiro, motivated this interventionist project, aiming to improve the index. For the American Diabetes Society, an education for self-management of diabetes facilitates knowledge, skills, and resources for self-care of the disease. Considering this, educational and dynamic collective activities were executed, where it was seen and possible to act in the main difficulties of patients with diabetes mellitus to perform an appropriate continued care. So that the patient becomes an active component in their treatment, and can adjust their routine. In addition, it is expected to increase the number of diabetic patients under follow-up of FHP Pike, thus reducing the number of complications. This can contribute to improve the care provided and the quality of life of the patients.

Keywords ou Palavras clave: Diabetes mellitus. Health Education. Self Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	7
3	JUSTIFICATIVA.....	8
4	OBJETIVOS.....	9
4.1	OBJETIVO GERAL.....	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
6	METODOLOGIA.....	13
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	15
8	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Diabetes, define diabetes mellitus tipo 2, como doença caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose, levando a hiperglicemia. Insulina é um hormônio que promove a entrada de glicose nas células do organismo, que é o substrato energético para realização das atividades celulares. Ainda na fase pré-clínica da doença encontra-se resistência à insulina e defeito na função das células beta do pâncreas, produtoras de insulina. (SBD, 2015-2016)

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE no ano de 2013, estimou que no Brasil 6,2% da população acima de 18 anos de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas. Com predomínio entre as mulheres 5,4 milhões (7,0%) sobre os homens 3,6 milhões (5,4%), (BRASIL, 2013). Dados brasileiros de 2011 mostraram que as taxas de mortalidade por diabetes mellitus (por 100 mil habitantes) são de 33,7 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, aumentando com a idade.

Enfatizando as repercussões de mudanças no estilo de vida em curto período de tempo, destaca-se no Brasil, um estudo realizado em São Paulo na comunidade nipo-brasileira. Nele foi demonstrado um aumento vertiginoso na prevalência de diabetes mellitus, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993, para 34,9%, em 2000, o que comprova o impacto de alterações no estilo de vida, em particular o padrão alimentar, interagindo com provável suscetibilidade genética (GIMENO et al., 2000).

Para a Sociedade Americana de Diabetes, a educação para autogestão do diabetes é o processo de facilitar conhecimentos, habilidades e capacidades necessários para o autocuidado da doença, objetivando a melhoria dos resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida dos pacientes diabéticos (STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES, 2015).

O Ministério da Saúde afirma no caderno de atenção básica de diabetes mellitus (BRASIL, 2013) que:

É importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com DM; identificar a sintomatologia de cada complicação, intervir precocemente, principalmente atuar na prevenção evitando que esses problemas aconteçam.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), deverá ser implementada assistência de acordo com as necessidades e grau de risco do paciente e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. O resultado satisfatório do acompanhamento do paciente portador de diabetes, depende diretamente da sua adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento é um ponto chave no controle dos níveis glicêmicos, a baixa adesão ao tratamento, segundo Tavares et al. (2016), está associada aos seguintes fatores; faixa etária (20-39 anos), baixa escolaridade, baixa renda, acompanhamento em mais de um médico, maior número de doenças crônicas associadas, autopercepção da saúde ruim e uso concomitante de medicações (cinco ou mais).

Para a realização do acompanhamento mais próximos dos pacientes com diabetes mellitus, a estratégia saúde da família por meio das unidades básicas de saúde, busca aumentar a rede de cuidado desses pacientes portadores de doenças crônicas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Piquizeiro fica situada no centro da cidade de Caxias, no estado do Maranhão. Nela estão cadastradas duas equipes multiprofissionais de saúde, contando no total com dois médicos, sendo um deles inscrito no projeto mais médicos, dois enfermeiros, um dentista, um auxiliar de dentista, dez agentes comunitários de saúde e quatro técnicas de enfermagem. A equipe de saúde responsável pelo projeto de intervenção conta com um médico, um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde e tem uma população total cadastrada de 2308 pessoas.

Após início das atividades no programa mais médicos na unidade, foi realizado diagnóstico situacional no ano de 2017, onde identificou-se como problema fundamental a baixa frequência de pacientes portadores de diabetes tipo 2 em acompanhamento. Isso estava levando a um número aumentado de pacientes com má adesão ao tratamento e com descontrole dos níveis glicêmicos. Além disso, a baixa adesão de diabéticos ao tratamento, aumentou o surgimento de complicações da doença, como pé diabético, cegueira e insuficiência renal crônica na ESF Piquizeiro. Gerando, portanto, a necessidade de uma intervenção para solução do problema. O presente projeto de intervenção é resultado de um trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista, pela Universidade Federal do Ceará.

2 PROBLEMA

Número reduzido de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em acompanhamento na estratégia de saúde da família Piquizeiro.

3 JUSTIFICATIVA

Educação para autogestão do diabetes, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016), é o processo que visa facilitar conhecimentos, habilidades e capacidades necessários para o autocuidado da doença. Sendo suas finalidades principais, o apoio para tomada de decisão, comportamentos de autogerenciamento, resolução de problemas e colaboração ativa com a equipe de saúde, a fim de obter melhora nos resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida para o paciente. Proporcionando ainda ao portador de diabetes, compreender a importância e a influência da dieta e da atividade física no controle glicêmico e na prevenção de complicações tardias.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Piquizeiro, em Caxias-MA, existe uma deficiência no acompanhamento periódico de pacientes diabéticos, devido ao não comparecimento dos mesmos para consultas agendadas. Com isso, gera uma impossibilidade na orientação desses pacientes sobre autocuidado, prevenção secundária e importância do cuidado continuado na doença crônica. No ano de 2017 foi realizado uma ação de busca ativa desses pacientes e agendamento de consulta médica para os mesmos, porém não houve aumento significativo no número de pacientes em acompanhamento. Além disso, muitos pacientes da área buscam atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da região devido a hiperglicemia.

Além disso, foi identificado que os pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 que estão em acompanhamento na unidade, apresentam pouco conhecimento sobre a doença, suas complicações e formas de prevenção e autocuidado. Portanto, a UBS necessita de uma intervenção educativa elaborada por toda equipe, visando a cobertura total dos pacientes diabéticos da área e melhoria no nível de conhecimento dos mesmos. Possibilitando aumento no número de pacientes acompanhados e com isso capacitados para promover o autocuidado, propiciando um controle glicêmico adequado e, a longo prazo, a diminuição de complicações vasculares da doença.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Promover ações de educação em saúde para pacientes diabéticos da estratégia de saúde da família Piquizeiro em Caxias-MA

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar busca ativa dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na área.
2. Identificar os grupos de pacientes com dificuldade de adesão ao cuidado continuado do diabetes mellitus tipo II;
3. Avaliar os principais fatores associados à não adesão ao cuidado continuado dos portadores de diabetes mellitus tipo II da ESF Piquizeiro;
4. Identificar o surgimento de complicações do diabetes mellitus tipo II associados a falta de adesão ao tratamento;
 5. Realizar atividades educativas dinâmicas sobre diabetes mellitus tipo II, complicações da doença, importância do cuidado continuado para diabéticos, autocuidado, prevenção de complicações da doença;
6. Identificar alterações no número de pacientes acompanhados na unidade de saúde piquizeiro no período de fevereiro de 2017 a março de 2018, através de análise de prontuários.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O Ministério da saúde (2011), afirma que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são responsáveis por 72% de todas as mortes ocorridas no Brasil, sendo consideradas as principais causas de mortes no país. A Organização Mundial de Saúde (2003) destaca que as condições crônicas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes.

Além da ameaça à qualidade de vida de milhões de pessoas, o Ministério da Saúde (2011) evidencia que estas doenças representam elevado custo para os sistemas de saúde, especialmente para os países em desenvolvimento, portanto representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e ingestão de álcool são atribuídos as principais doenças crônicas.

A Organização Mundial de Saúde, estimou que em 2014 haviam 422 milhões adultos diabéticos no mundo, 4 vezes mais do que no ano de 1980. A prevalência mundial de diabetes aumentou de 4,7% em 1980, para 8,5% em 2014. Em 2012 foram contabilizadas 1,5 milhão de mortes no mundo, diretamente causadas por diabetes. Em termos mundiais nesse mesmo ano, foi a oitava causa de morte em ambos os sexos, e a quinta causa em mulheres. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Tais dados ultrapassaram a estimativa feita pelo estudo de Wild *et al.*, realizado em 2004, que previa um número de 366 milhões de portadores de diabetes mellitus na população mundial, para o ano de 2030. (WILD, *et al.* 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), “O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (apud MS, 2006, p.9) avaliando morbidades causadas pelo diabetes, em 1997 a estimou que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estariam cegos, 10% teriam deficiência visual grave, 30 a 45% teriam algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Ao realizar o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, deve-se realizar uma avaliação clínica do paciente identificando história da doença atual, sinais e sintomas de possíveis complicações agudas e crônicas, além de uma avaliação laboratorial específica. Deve-se ainda identificar o risco cardiovascular do paciente, empregando regras de predição clínica baseadas na presença de fatores de risco. Após a avaliação descrita, traça-se um plano terapêutico para o

paciente objetivando principalmente o controle glicêmico e a prevenção de complicações crônicas. Para favorecer o controle glicêmico deve-se orientar sobre cessação do tabagismo, introdução de um plano alimentar e prática regular de atividades físicas a cada consulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (2017), o controle da glicemia reduz significativamente a ocorrência de complicações no diabetes mellitus. Então faz-se necessário no acompanhamento do diabetes, avaliar a frequência e a magnitude da hiperglicemia e das hipoglicemias durante o tratamento. Esse monitoramento pode ser feito através da dosagem da glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada e automonitoramento da glicemia capilar. Além destes existem outros dois métodos não disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), que são: o sistema de monitoramento contínuo da glicose e o sistema *flash* de monitoramento da glicose.

A medida da hemoglobina glicada possibilita avaliação do controle glicêmico em longo prazo, sendo considerada padrão-ouro para monitorização glicêmica. De modo complementar à hemoglobina glicada pode-se associar o automonitoramento domiciliar da glicemia capilar (AMGC), possibilitando que os próprios pacientes identifiquem a glicemia capilar em diversos momentos do dia, possibilitando correção imediata dos desvios. (DIRETRIZ SBD, 2017)

Adequar o estilo de vida é um aspecto fundamental para o tratamento do diabetes. Isso inclui educação e suporte visando o autocuidado em pacientes diabéticos, terapia nutricional, atividade física, aconselhamento para cessação do tabagismo e suporte psicossocial. A educação em autocuidado de pacientes diabéticos apresenta benefícios baseados em evidências, tendo sido associado com redução dos níveis de hemoglobina glicada, relato de redução de peso, melhoria da qualidade de vida e redução nos custos com saúde. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017)

Segundo Vall, Lemos e Janebro (2015),

Autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades da vida diária que o indivíduo realiza em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para tanto, o indivíduo tem de ser capaz de engajar-se no autocuidado, tomando como requisitos as atividades de vida diária (manutenção de ingestão hídrica, ar, alimentos, manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social, dentre outros). (VALL; LEMOS; JANEPRO, 2015)

Martins (2008) declara que a ação do autocuidado, é um fenômeno ativo, voluntário e intencional, envolvendo tomada de decisões, e tem como propósito contribuir para integridade estrutural, para o funcionamento e para o desenvolvimento humano. Souza e Lima

(SOUZA; LIMA, 2007) destacam a importância da integralidade da atenção no atendimento à pessoa em condição crônica por diabetes. Ressaltam que essas pessoas necessitam além do tratamento medicamentoso e da mudança de hábitos alimentares, de apoio e orientação, incentivando o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, facilitando sua convivência com a condição.

Deve-se contextualizar a realidade do paciente portador de diabetes, compreendendo seus questionamentos pessoais e suas atividades diárias, com as mudanças necessárias para o convívio e o bom controle da doença. O tratamento não deve ser imposto pelo médico, é recomendado ouvir o paciente para que, juntos, decidam a melhor maneira de introduzir hábitos saudáveis, realizar cuidados básicos e estabelecer terapêuticas. Essa prática é recomendada pela diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (2017), que considera a educação em diabetes a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá o autocontrole por parte do paciente.

6 METODOLOGIA

Cenário e descrição do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção, realizado na estratégia de saúde da família piquizeiro, situada na cidade de Caxias, no estado do Maranhão. A intervenção foi realizada no período de dezembro de 2017 a abril de 2018. Foram coletados dados em prontuários no período de fevereiro de 2017 a março de 2018. O público-alvo da pesquisa são pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na unidade de saúde, na área de atuação da equipe idealizadora do projeto, sendo portanto, o único critério de inclusão utilizado. O critério de exclusão utilizado foi o de pacientes acamados, por não poder comparecer à unidade para as atividades coletivas.

A estratégia de saúde da família Piquizeiro conta com 2 equipes multiprofissionais cadastradas. A equipe identificou 69 pacientes cadastrados com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, e foram registrados apenas 31 pacientes em acompanhamento. Do total de pacientes, foram identificados 2 acamados. Os critérios para diagnóstico de diabetes utilizados foram estabelecidos pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), publicadas na diretriz da SBD 2017-2018 e estão representados no quadro a seguir.

Quadro – Critérios diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2.

Glicemia de Jejum	$\geq 126\text{mg/dL}$
Glicemia após 2 horas (TOTG com 75 g de glicose)	$\geq 200\text{mg/dL}$
Hemoglobina Glicada	$\geq 6,5$

FONTE : SBD, 2017.

E para metas e alvos glicêmicos, foram considerados os valores propostos pela SBD 2017, representados no quadro seguinte:

Quadro 2 – Alvos glicêmicos para pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

Glicemia de Jejum	< 100-130mg/dL
Glicemia pós-prandial	< 160-180mg/dL
Hemoglobina Glicada	< 7,0 <7,5-8,5% em idosos

FONTE: SBD, 2017

Estratégia de ações

Na primeira etapa, foi realizada reunião com a equipe multidisciplinar da ESF, com intuito de identificar os pacientes alvo da pesquisa e, desses, identificar os que estão sendo acompanhados na unidade e os que não estão sendo acompanhados. Os critérios utilizados para diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 foram os propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, foi organizado uma busca ativa pelos agentes comunitários de saúde de todos os pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na ESF, respeitando os critérios utilizados na pesquisa, para consultas agendadas. Durante as consultas realizou-se atualização do cadastro com identificação de dados sociodemográficos (sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar), e orientações sobre a promoção de atividades coletivas na unidade nos meses subsequentes.

Na segunda etapa foram realizadas atividades coletivas educativas com os seguintes temas: definição de diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações, prevenção das complicações agudas e crônicas do diabetes, o que é autocuidado e como praticar, importância do cuidado continuado no diabetes mellitus tipo 2. As atividades serão em um momento inicial palestras e posteriormente foram realizadas dinâmicas e participação do público. Na terceira etapa do projeto de intervenção foram avaliados prontuários para identificação de mudanças no número de pacientes diabéticos acompanhados na unidade. O trabalho foi financiado inteiramente pela equipe de saúde que o realizou.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a primeira atividade da equipe para planejamento das ações do projeto de intervenção, foram identificados 71 pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na ESF Piquizeiro, porém apenas 69 pacientes se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. As características socioeconômicas dos participantes coletadas durante as consultas foram descritas na tabela a seguir.

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	43	62,3
Masculino	26	37,7
Faixa etária		
<30	-	
30-40	3	4,3
41-50	13	18,8
51-60	20	29
>60	33	47,9
IMC		
IMC <25 (Peso normal)	-	-

IMC 25-29,9 (Sobrepeso)	50	72,5
IMC \geq 30 (Obesidade)	19	27,5
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	64	92,8%
1-2 salários mínimos	6	7,2%
Escolaridade		
Não alfabetizado	51	73,9%
Ensino fundamental completo	15	21,7%
Ensino médio completo	4	4,4%
Ensino superior completo	-	-

FONTE: Elaborada pela própria autora

As características socioeconômicas encontradas assemelharam-se a outros estudos com a mesma população, prevalecendo o sexo feminino, pacientes acima de 40 anos, baixo nível de escolaridade e renda familiar mensal inferior à média nacional.

Do total de pacientes diabéticos avaliados na pesquisa (69), apenas 32 (46,4%) faziam acompanhamento periódico na ESF antes da realização do projeto de intervenção. Para as consultas agendadas, ainda na primeira etapa da pesquisa, compareceram 59 pacientes (85,5%). Durante as consultas os pacientes foram questionados quanto as dificuldades encontradas para realização do cuidado continuado do diabetes na unidade. Dos 59 pacientes entrevistados, 28 (47,5%) não realizavam consultas periódicas na ESF. Constatou-se que 41 pacientes (69,5%) afirmavam realizar o tratamento medicamentoso, dieta e atividades físicas conforme prescrição médica. Porém, no decorrer da consulta os dados relatados tornaram-se

inconsistentes, demonstrando que alguns dos pacientes que relatavam realizar o tratamento adequado, não o faziam, ou não o compreendiam.

Os motivos citados para não realização do acompanhamento regular na unidade foram: falta de conhecimento da necessidade da realização acompanhamento periódico, negligência com a saúde pessoal, desmotivação, dificuldade de acesso à unidade devido à ausência de cuidador e dificuldade para marcação de consultas. Os mesmos foram descritos no Quadro 3, assim como a porcentagem de pacientes que referiram cada motivo, de acordo com o total de participantes da atividade (59 pessoas). Todos os pacientes referiram mais de um motivo para não realização do cuidado continuado.

Quadro 3 Motivos elencados pelos pacientes para o não acompanhamento periódico

Principais motivos citados para não acompanhamento	Falta de conhecimento da necessidade de realização do acompanhamento periódico	27 %
	Desmotivação	71%
	Ausência de cuidador	17%
	Dificuldade para marcação de consultas	11%
	Dificuldade de acesso à unidade	8%
	Negligência com a própria saúde	53%

FONTE: Elaborado pela própria autora

Dentre as principais causas elencadas pelos participantes, estão a desmotivação e a negligência com a própria saúde. Segundo Apóstolo et al., um dos maiores problemas para a não adesão ao tratamento de doenças crônicas, é a desmotivação. Se o doente não se encontra motivado para executar cuidados relacionados ao tratamento, isso dificultará o andamento eficaz do tratamento e a minimização de complicações relacionadas às patologias crônicas. (APÓSTOLO, J. et al., 2007).

Gusmão et al., reconhece a existência de vários fatores considerados responsáveis pela não adesão do paciente ao tratamento de uma doença crônica, podendo estar relacionados

ao próprio paciente, ao seu cuidador, à complexidade do regime de tratamento, aos efeitos adversos das drogas e, também, ao sistema de saúde. (GUSMÃO et al., 2009). Um estudo realizado na região sudeste do Brasil, considera que, aproximadamente 85% dos pacientes brasileiros que fazem uso de antidiabéticos orais apresentam deficiência de apoio social para o enfrentamento do tratamento para o controle do diabetes mellitus. (FARIA et al., 2013) Portanto, Gusmão *et al.* considera boa estratégia para aumentar a taxa de adesão ao tratamento, a conscientização dos malefícios da doença não controlada, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas especificidades e seus benefícios, tornando o indivíduo, elemento ativo no processo do tratamento. (GUSMÃO *et al.*, 2009)

Revisões de prontuários e avaliações laboratoriais feitas durante a realização do projeto de intervenção, mostraram que: do total de pacientes avaliados na pesquisa (69), 38 (55,1%) apresentavam-se fora dos alvos de controle glicêmico adotados. Além disso, foram detectadas complicações microvasculares da doença em 13 pacientes (18,8%), associados à falta de controle glicêmico. Porém, observa-se uma dificuldade na coleta de dados mais fidedignos, devido a pobreza de anotações nos prontuários avaliados. Na literatura, Ferreira *et al.* (2011), através de análise bibliográfica, demonstrou a associação entre hiperglicemia crônica e disfunção endotelial levando à micro e macroangiopatias, além de distúrbios metabólicos. Considerando-se, portanto, a hiperglicemia crônica o fator primário desencadeador das complicações crônicas do diabetes.

A Organização Mundial de Saúde ressalta a importância do processo educativo no manejo da diabetes, como ferramenta fundamental na sua efetividade. Afirma que os pacientes necessitam compreender os princípios e a importância de: manter uma dieta saudável, praticar atividades físicas adequadamente, evitar o tabagismo e uso abusivo de álcool, adesão ao tratamento medicamentoso, higiene e cuidados adequados com os pés e, da necessidade de avaliação periódica do controle metabólico. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Durante a realização das atividades coletivas educativas foi incentivada a participação popular, buscando uma maior interação da equipe com os pacientes, e maior participação destes no processo educativo. Ao final das atividades educativas os pacientes foram indagados sobre a possibilidade de retorno para cuidado continuado do diabetes, e a resposta positiva foi unânime. Após as atividades educativas, foram analisados os prontuários e registros de consultas, identificando-se o retorno de 57 pacientes abordados para a continuação do acompanhamento, 96,6% dos pacientes que compareceram as atividades educativas propostas no projeto. Com isso, espera-se reduzir o surgimento de complicações e aumentar o número de pacientes com controle glicêmico adequado na ESF.

O quadro a seguir descreve em valores absolutos, o total de pacientes portadores de diabetes cadastrados na ESF, os pacientes avaliados na pesquisa e o número de pacientes em acompanhamento antes e depois da realização da pesquisa.

Quadro 4 Número de pacientes portadores de diabetes, em valores absolutos

Total de pacientes portadores de diabetes cadastrados na ESF Piquizeiro	71
Total de pacientes portadores de diabetes cadastrados na ESF Piquizeiro utilizados como amostra da pesquisa	69
Total de pacientes portadores de diabetes cadastrados na ESF Piquizeiro que compareceram as atividades educativas	59
Total de pacientes portadores de diabetes atendidos periodicamente antes da realização do projeto de intervenção	32
Total de pacientes portadores de diabetes atendidos periodicamente após a realização do projeto de intervenção	57

FONTE: Elaborado pela própria autora

8 CONCLUSÃO

O projeto de intervenção teve como principal objetivo, capacitar pacientes portadores de diabetes para o autocuidado, e conscientizá-los quanto à importância do cuidado continuado dessa condição crônica. Para alcançar esse propósito, foi necessário comprometimento da equipe na organização de eventos educativos dinâmicos, que despertassem interesse dos pacientes com dificuldades de comparecimento à unidade de saúde. Durante a realização das palestras foram identificadas as principais fragilidades desses pacientes, sendo isso de fundamental importância para resolução conjunta dessas questões.

O processo de educação em saúde é longo e exige muito empenho para identificar as fragilidades pessoais de cada paciente e assim, ajudá-los a compreender sua doença, e como promover o autocuidado. Após a implantação do projeto de intervenção na ESF Piquizeiro, foi identificado um aumento significativo no número de pacientes que comparecem periodicamente à unidade para cuidado continuado do diabetes mellitus. Não houve melhora significativa nos índices de complicações do diabetes mellitus, possivelmente devido ao curto período avaliado na pesquisa. Com a promoção da educação em saúde contínua, os pacientes podem aumentar sua qualidade de vida e participar ativamente do seu tratamento. Portanto, ressalta-se a importância da continuidade da intervenção proposta.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes 2015. *Diabetes Care*, vol 38, suppl 1, jan 2015. Disponível em: <<https://www.societate-diabet.ro/pdf/ADA%202015.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care*, v.40, Suppl 1, jan 2017. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.
- APÓSTOLO, J. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Rev Latino-am Enfermagem* v. 15, n. 4, 2007 julho-agosto;
- FARIA, H. T. G. et al. . Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000300005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 jun 2018.
- FERREIRA, L.T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E.; ABREU, L. C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arq bras cienc saúde*, v. 36(3), p. 182-8, 2011.
- GIMENO, S. G. A. et al. Weight gain in adulthood and risk of developing glucose disturbance – A study of a Japanese-Brazilian population. *J Epidemiol*, v. 10(2), p. 103-10, 2000.
- GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev. Bras. Hipertens.*, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- MARTINS, A. C.; SILVA, J. V. Avaliação das capacidades e ações de autocuidado da pessoa portadora de diabetes mellitus da cidade de Pouso Alegre, MG. Curso de Enfermagem da UNIVAS, Pouso Alegre, MG, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais para ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.

Disponível em:
<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf>. Acesso em: 15 jun 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. Diretrizes SBD/2015-2016 -São Paulo: AC Farmaceutica,2014. Disponível em:
<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 20 abr 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. -Diretrizes SBD/2017-2018 - São Paulo : Editora Clannad, 2017. Disponível em:
<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 20 abr 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Posicionamento Oficial SBD nº 02/2017: Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2017. Disponível em:
<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/POSICIONAMENTO-OFFICIALSBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf>>. Acesso em: 28 mai 2018.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de ser feliz. Rev Latino-americana de Enfermagem. 2007 Jan-Fev; 15(1):156-64

TAVARES, N.U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saude Publica, v. 50(supl 2), p10, 2016.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JENEBRO, A. S. I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: Um estudo teórico. Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 10, n. 3, p. 67. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5395/3970>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030: Diabetes Care, v. 27(5), p. 1047-53, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global reports on diabetes. França, 2016. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=B28DE18AD62189861DBEB19116B4BC6E?sequence=1>. Acesso em 01 jun 2018.