



**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**

**ALINE PESSATO DE OLIVEIRA**

**MANEJO DO DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**PARA ADEÇÃO AO TRATAMENTO**

**FORTALEZA**

**2019**

**ALINE PESSATO DE OLIVEIRA**

**MANEJO DO DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
PARA ADESÃO AO TRATAMENTO**

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.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Suzana Mara Cordeiro Eloia.

**FORTALEZA**

**2019**

**ALINE PESSATO DE OLIVEIRA**

**MANEJO DO DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
PARA ADESÃO AO TRATAMENTO**

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**

---

Orientadora – Prof<sup>a</sup> Me. Suzana Mara Cordeiro Eloia  
Universidade Federal do Ceará

---

Examinador 1 – Profa. Sara Cordeiro Eloia  
Centro Universitário UNINTA

---

Examinador 2 – Profa. Sibeles Pontes Rocha  
Universidade Federal do Ceará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

D32m de Oliveira, Aline Pessato. Universidade Federal do Ceará

Manejo do Diabetes na Atenção Primária: educação em saúde para adesão ao tratamento: Educação em Saúde para Adesão ao Tratamento / Aline Pessato de Oliveira. – 2019.  
39 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Profa. Ma. Suzana Mara Cordeiro Eloia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Tratamento. 3. Cooperação do paciente. 4. Atenção Primária a Saúde. 5. Educação em Saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

## RESUMO

O diabetes *mellitus*, é caracterizado como um problema de saúde pública no Brasil. É uma síndrome metabólica complexa decorrente de hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. O tratamento do paciente diabético inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas que visam estabelecer o equilíbrio do metabolismo. A adesão dos pacientes ao tratamento ajuda a prevenir condições sistêmicas fulminantes como infartos, acidentes vasculares cerebrais e amputações. Nessa perspectiva, esse estudo objetiva desenvolver ações de educação em saúde para melhora da adesão dos pacientes ao tratamento do diabetes. Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Estado do Ceará. Para auxiliar na elaboração das intervenções, realizou-se uma busca de estudos nas bases de dados MedLine e PubMed, utilizando descritores em Ciências da Saúde. Elaborou-se o plano de intervenção seguindo o raciocínio: implementação de medidas para melhora da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a partir de consultas direcionadas; realização de grupo motivacional; e panfletagem com as principais orientações. Após três encontros, verificou-se que houve uma melhoria dos resultados ao se fazer um parâmetro dos dados entre o primeiro e o terceiro encontro com os diabéticos. Isto é, no terceiro encontro foi constatado um aumento no índice dos diabéticos que fazem dieta alguns dias da semana e também fazem uso da medicação de 32% para 42% e o crescimento de 9% para 19% no índice dos que fazem a dieta e uso da medicação corretamente. Mas também, houve uma diminuição de 45% para 31% dos diabéticos que não fazem dieta e fazem uso da medicação, bem como houve redução de 14% para 8% dos diabéticos que além de não fazerem a dieta, não faziam uso da medicação e tem o hábito de fumar. Conclui-se que as estratégias realizadas possibilitaram a ampliação da adesão dos diabéticos ao tratamento da doença, melhorando a qualidade e expectativa de vida desses pacientes.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Tratamento. Cooperação do paciente. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Diabetes mellitus is characterized as a public health problem in Brazil. It is a complex metabolic syndrome resulting from persistent hyperglycemia resulting from defects in secretion and / or insulin action. Treatment of the diabetic patient includes drug and non-drug measures aimed at establishing the balance of metabolism. Patients' adherence to treatment helps prevent fulminant systemic conditions such as heart attacks, strokes, and amputations. From this perspective, this study aims to develop health education actions to improve patients' adherence to diabetes treatment. This is an action research conducted in a Basic Health Unit in the interior of the state of Ceará. To assist in the elaboration of the interventions, a study was conducted in the MedLine and PubMed databases, using descriptors in Health Sciences. The intervention plan was elaborated following the reasoning: implementation of measures to improve adherence to drug treatment. and non-medicated from targeted consultations; achievement of motivational group; and leaflet with the main guidelines. After three meetings, it was found that there was an improvement in the results by making a parameter of the data between the first and the third meeting with diabetics. That is, the third meeting found an increase in the rate of diabetics who are dieting a few days a week and also taking medication from 32% to 42% and the growth of 9% to 19% in the rate of dieters and use of medication correctly. But also, there was a reduction of 45% to 31% of diabetics who do not diet and use the medication, and there was a reduction of 14% to 8% of diabetics who not on the diet, and did not use the medication and has a smoking habit. It can be concluded that the strategies carried out made it possible to increase the adherence of diabetics to the treatment of the disease, improving the quality and life expectancy of these patients.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Treatment. Patient's cooperation. Primary Health Care. Health Education.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	6
2	<b>PROBLEMA.....</b>	10
3	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	11
4	<b>OBJETIVOS.....</b>	12
4.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	12
5	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	13
5.1	<b>Conhecimentos sobre o Diabetes Mellitus.....</b>	13
5.2	<b>Atuação da Atenção Primária à Saúde no cuidado à pessoa com diabetes.....</b>	15
5.3	<b>Educação em Saúde à pessoa com diabetes mellitus.....</b>	17
6	<b>METODOLOGIA.....</b>	19
6.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	19
6.2	<b>Procedimentos para a coleta de dados.....</b>	19
6.3	<b>Participantes da pesquisa.....</b>	20
6.4	<b>Princípios éticos da pesquisa.....</b>	20
7	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	21
8	<b>CRONOGRAMA.....</b>	29
9	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	30
10	<b>CONCLUSÃO.....</b>	31
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	32
	<b>APÊNDICE.....</b>	36

## 1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica, de caráter crônico e evolutivo, tendo como característica a hiperglicemia resultante de defeito na ação ou na produção de insulina e já apresenta características de uma epidemia mundial (SARTURI TRES, 2015).

O procedimento de diagnóstico é feito, normalmente, quando for constatado pelo médico que o paciente se encontra com a taxa de glicose no sangue (hiperglicemia) acima do que é tolerado, ou seja, entre 60 e 110 mg/dL. Infelizmente, na maior parte dos casos, o diagnóstico do diabetes mellitus tipo 2 tem sido realizado tardiamente (OLIVEIRA et al., 2018).

O DM apresenta alta morbimortalidade e diminui significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (RODRIGUES et al., 2012), gerando consequências de cunho econômico, social e psicológico (BARROS et al., 2012). É uma das causas principais de insuficiência renal, de amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares (PEREIRA et al., 2012).

Por sua vez, entre os portadores de DM, mudanças de hábitos de vida, incluindo a ingestão de dieta balanceada, a prática de atividade física e o uso de terapêutica medicamentosa ajudam na manutenção de um bom controle metabólico (Rodrigues et al., 2012).

A DM é a doença que está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo e tem sido considerada uma das principais epidemias globais do século XXI (CARVALHO et al., 2018). De acordo com Atala (2017) segundo estimativas da Federação Internacional de Diabetes (2017), o número de pessoas com a doença em todo o mundo era de 425 milhões em 2017, com expectativa para alcançar 629 milhões de pessoas em 2045. Atualmente, o Brasil ocupa o quarto lugar entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes. Cerca de 12,5 milhões de pessoas possuem a doença, sendo mais prevalente a população acima de 65 anos.

Assim, a DM representa no Brasil 5,2% das causas de mortes e afeta especialmente as populações vulneráveis, como idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade. A taxa de mortalidade por DM em 2011 foi 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes e as hospitalizações por DM representaram 9% dos gastos hospitalares do sistema de saúde brasileiro, neste mesmo ano (ARTILHEIRO, et al., 2014). Em termos globais, o DM foi responsável por 4,9 milhões de mortes e 11% do gasto total mundial com a saúde de adultos em 2014, revelando um custo estimado em 612 milhões de dólares (ISER, et al., 2015).

Tem sido relatado que cerca de 80% das pessoas com DM vivem em países em desenvolvimento. No Brasil, é estimado que cerca de 5% da população adulta possui DM, sendo 7% da população entre 30 e 69 anos e 18% acima de 65 anos (ALMEIDA et al., 2017).

Adicionalmente, o diabetes mellitus é a principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros na população norte-americana. No Brasil a complicação mais frequente do diabetes mellitus é o pé diabético (Oliveira et al., 2018).

Um indivíduo diabético tem entre 15 e 40 vezes mais chance do que a população geral de submeter-se a uma amputação do membro inferior. Contudo, em pacientes com lesões infectadas e isquêmicas, o risco pode chegar a ser 90 vezes mais se comparado ao apresentado pelos pacientes sem isquemia ou infecção. Dados do Vigitel (BRASIL, 2012) mostraram que no Brasil entre 2006 e 2012 foram realizadas 102.056 cirurgias de amputação apenas pelo Sistema Único de Saúde, 70% destas em pessoas com diabetes mellitus, e a maioria (94%) foi amputação do membro inferior.

Os números da Sociedade Brasileira de Diabetes (SDB, 2015) revelam que o padrão atual brasileiro é que 80% delas acontecem em pacientes diabéticos e ocorreram no nível transtibial e tais pacientes são mais propensos à reamputação. Em relação ao sexo, dados coletados em Santa Catarina revelaram que durante seis anos (2008-2013) os homens diabéticos (66,2%) sofreram mais amputações quando comparados às mulheres diabéticas (33,8%). Além disso, a idade média das mulheres foi 66 anos e os homens apresentaram idade média de 61 anos. Para ambos os sexos, o maior percentual de amputações foi atribuído ao diabetes mellitus tipo 1 e o nível da amputação mais comum foi a dos dedos (SANTOS et al., 2018)

Estudos mostram que pacientes diabéticos com tempo da doença inferior a 60 meses realizam práticas preventivas no que se refere ao autocuidado para com os pés, o que pode contribuir para a diminuição dos avanços da doença para o pé diabético. Assim, ações em saúde devem ter como objetivo a profilaxia e o rastreamento das complicações crônicas do diabetes mellitus (Silva Júnior et al. (2016).

Sobre educação em Saúde Starfield (2012) afirma que a Atenção Primária de Saúde (ou cuidados primários, ou cuidados básicos de saúde) compõe-se de algumas atividades ou ações básicas de saúde, como as que se seguem: educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate às enfermidades endêmicas locais; tratamento das doenças e traumatismos comuns; provisão dos medicamentos essenciais.

Portanto, a prevenção do DM e de suas complicações deve ser prioridade, uma vez que a doença é responsável pela geração de grandes gastos não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, como também para o sistema de saúde (PEREIRA et al., 2012).

Oliveira (2012) demonstra em seus estudos com grupos de educação em saúde, nos quais as orientações podem ser mais aproveitadas se expostas de maneira geral e quando reflete o quanto cada participante conhece e compreende as informações importantes do DM e se conseguem ou não adequar a sua rotina, e, principalmente, a alimentação, levando em conta aspectos culturais, sociais e econômicos.

A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso apresenta-se fundamental no cuidado à pessoa com DM, e a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar as intervenções para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão.

Para a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2017) a adesão ao tratamento é um dos maiores desafios para pacientes com DM2, uma vez que o tratamento impõe uma grande mudança no estilo de vida. Diante disso, é imprescindível que os pacientes com DM2 recebam apoio integral de uma equipe multiprofissional de saúde, para que, assim, possam aderir e manejar adequadamente a doença e, conseqüentemente, melhorar seu estado clínico e qualidade de vida.

Na compreensão de Pereira et al. (2012) Para obterem melhores condições na qualidade de vida e de saúde é imprescindível que as pessoas com diabetes realizem mudanças comportamentais. Para que isso aconteça, é preciso que seja realizada a análise do conhecimento dos pacientes diabéticos, pois esta ação é considerada relevante para a equipe multiprofissional direcionar a tomada de decisões clínicas no tratamento da doença, bem como para prepará-la para educar os usuários para o conhecimento e adesão ao autocuidado.

Diante disso, Assunção et al. (2017) afirmam que diversos estudos têm revelado que a idade é um fator que interfere nas necessidades de saúde durante o desenvolvimento da vida e que tem relevância na influência da adesão ao tratamento proposto, uma vez que uma pesquisa que objetivou determinar a capacidade de autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 revelou a influencia da idade no autocuidado. E a variável “idade” esteve associada também em outros estudos a um baixo conhecimento da doença.

Assim, verificou-se a necessidade da formação de um grupo de apoio para população com DM, através de encontros periódicos, envolvendo familiares, abordando temas

relacionados ao esclarecimento sobre a importância da adesão ao tratamento, uso correto da medicação prescrita, dieta adequada com alimentos ofertados em cada estação do ano, levando em consideração o baixo poder aquisitivo desse grupo, incentivo a prática diária de atividades físicas, além de estimular a troca de experiências entre os pacientes.

## **2 PROBLEMA**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida para desenvolver a intervenção possui uma cobertura de 6.549 usuários adscritos, onde 4,4% são diabéticos cadastrados para uso contínuo de medicamentos.

Na compreensão de Vilar (2018) nas emergências hiperglicêmicas os objetivos principais do tratamento são a restauração do volume circulatório e da perfusão tecidual, a minimização gradual da glicemia e da osmolalidade plasmática e a correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos. E sempre que for possível é necessário determinar e tratar o fator precipitante.

Compreende-se, assim, que o atendimento de emergência a pacientes diabéticos descompensados devido ao abandono do tratamento medicamentoso e da dieta recomendada se torna cada vez mais frequente, o que sobrecarrega as agendas dos profissionais da Unidade e repercute negativamente na assistência em geral, com prejuízos aos usuários do serviço e um gasto significativo de insumos para controle da glicemia. Assim, esta problemática motivou este estudo.

### 3 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC, 2018) entre 2006 e 2016, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, teve um aumento de 60% no diagnóstico do diabetes mellitus, e até 2030 seu custo deve dobrar, chegando a R\$ 406 bilhões de reais. No Brasil, houve um crescimento do diagnóstico de 5,5% para 8,9%, e o principal desafio encontra-se na falta de controle glicêmico dos pacientes, uma vez que 50% dos diabéticos desconhecem o diagnóstico. Além do grande número de diagnosticados, os preços dos medicamentos e da insulina para o tratamento são bastante elevados, ficando entre R\$ 500 a R\$ 800 por mês, para uma paciente que se trata unicamente com insulina.

Assim, observa-se que atualmente, a saúde, em todo território brasileiro enfrenta problemas ocasionados pela falta de recursos destinados a esta área. A contenção de gastos se torna inevitável e dados populacionais sobre os gastos destinados a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, como o DM, são significativos.

Diante da rotina de atendimentos, observou-se um número cada vez maior de paciente já diagnosticado com a doença que só procura a Unidade de Saúde em crises sintomáticas de hiperglicemia, o que faz se pensar sobre uma nova tática de intervenção junto a essa população, com embasamento em bibliografias desenvolvidas por especialistas e entidades de estudo em saúde.

A educação em saúde deve ser resgatada e valorizada como um instrumento de trabalho fundamental para assistir as pessoas com DM, justificado por todas as especificidades da doença e as demandas geradas por elas, para um controle efetivo e integral, que seja capaz de alcançar a prevenção das complicações crônicas (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

Diante dessa realidade, estima-se que a intervenção no grupo de diabéticos será de grande importância para a população em geral, uma vez que a economia de recursos dispensados aos atendimentos emergenciais de DM, poderia ser destinada a viabilizar atividades em outros programas realizados pela Unidade.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Desenvolver ações de educação em saúde para melhora da adesão dos pacientes ao tratamento do diabetes.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Conhecimentos sobre o Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica, de caráter crônico e evolutivo, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeito na ação ou na produção de insulina, e, atualmente já se apresenta características de uma epidemia mundial. O processo patológico do Diabetes Mellitus está envolvido com os distúrbios no metabolismo de vários nutrientes e tem como característica os defeitos na ação de insulina, na secreção ou em ambas, com consequente hiperglicemia (BASSO et al., 2011).

A população diabética no mundo cresce a cada dia. Segundo Fuscaldi; Balsanelli e Grossi (2011) a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estima que em todo o mundo, o diabetes afetava 382 milhões de pessoas, e a previsão é que, até 2035, este número cresça para 592 milhões de pessoas.

Basso et al. (2011) mencionam que o Ministério da Saúde do Brasil mensura que 7,4% da população brasileira já foram diagnosticada com Diabetes Mellitus. O procedimento de diagnóstico é feito, normalmente, quando é constatado pelo médico que o paciente encontra-se com a taxa de glicose no sangue acima do que é tolerado, (hiperglicemia), ou seja, entre 60 e 110 mg/dL.

No entanto, na última década, foram experimentados grandes avanços na compreensão da fisiopatologia, na abordagem e no tratamento do diabetes e de suas complicações, uma vez que o Diabetes Mellitus é a principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros na população norte-americana. Um indivíduo diabético tem entre 15 e 40 vezes mais chance do que a população geral de submeter-se a uma amputação do membro inferior. Contudo, em pacientes com lesões infectadas e isquêmicas, o risco pode chegar a ser 90 vezes mais se comparado ao apresentado pelos pacientes sem isquemia ou infecção (AGUIAR; VILLELA; BOUSKELA, 2012).

Maciel (2016) refere que em pessoas diabéticas, as lesões trazidas pela aterosclerose se iniciam mais cedo, localizam-se principalmente nos troncos arteriais infrapatelares e preservam as artérias podais. De acordo com Fuscaldi; Balsanelli e Grossi (2011) o resultado é uma tragédia anunciada, e um grave problema de saúde pública. A cada 30 segundos um membro inferior é amputado ao redor do mundo. Provavelmente, 70% das amputações que são

realizadas tem relação com o diabetes e demandam taxas de mortalidade bem altas. Mas também cerca de 80% das amputações do membro inferior destes pacientes são resultados de úlceras crônicas e cicatrização deficiente. Durante suas vidas, 25% dos diabéticos apresentarão lesões graves nos pés.

A maior parte dos problemas de ferida no paciente diabético envolve os pés, de acordo com Basso et al. (2011). Para estes pesquisadores o quadro clínico clássico se apresenta através de ferida na planta dos pés sob ossos do pé deformado, em virtude de fatores anatômicos (a queda do arco plantar) e neurológicos (neuropatia periférica), levando à uma “lesão por pressão”<sup>1</sup>. Outros locais que usualmente são acometidos são as polpas dos dedos (alterações dos pontos de pressão devido a deformidade em garra decorrente da neuropatia), e os próprios dedos como um todo devido à doença vascular. Calçados inapropriados também podem predispor ao aparecimento de lesões em outras partes dos pés.

Diante desse contexto, os profissionais da saúde tem se adaptado para satisfazer as necessidades da saúde que vem sofrendo grandes mudanças no decorrer dos anos. Diante desse enfoque, Duarte e Diogo (2015) afirmam que o cuidado humano ou o cuidar de si, representa a essência do viver humano. Assim, o autocuidado é uma condição humana.

À medida que o ser humano encontra-se impossibilitado de realizar autocuidado, outros papéis desempenhados por eles são afetados. Sob a visão dos autores Brunner e Suddarth (2011), a expansão do papel dos profissionais da saúde trouxe uma resposta à necessidade de melhorar a distribuição dos serviços de saúde e minimizar o custo dos cuidados da saúde.

Percebe-se que ainda se pode estar longe de uma reprodução em larga escala sobre o conhecimento adquirido, e o desfecho dos problemas causados pelo diabetes mellitus (BASSO et al., 2011). Observa-se após o estudo da literatura, que a situação é grave e precisa da mobilização de todos os profissionais da saúde.

---

<sup>1</sup> O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) anunciou uma mudança na terminologia de úlcera de pressão. Agora, o termo “lesão por pressão” deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas.

No sistema anterior, os estágios da fase 1 ou as classificadas como não estádiável ou inclassificável (*deep tissue injury*) eram descritas como pele intacta ferida, enquanto as outras etapas eram descritas como úlceras abertas. “Isso levou a uma confusão, porque as definições para cada uma das etapas se referiam às lesões como “úlceras de pressão”, confirma a NPUAP.

Além da mudança de terminologia, números árabes são utilizados no nome das fases em vez de algarismos romanos. “O termo ‘inclassificável’ foi retirado da etiqueta de diagnóstico do Deep Tissue Injury, assim como foram adicionadas definições de ferimento”, informa a NPUAP.

Fonte: <http://www.sobest.org.br/textod/35>.

Ferraz et al. (2015) afirmam que os pacientes com Diabetes Mellitus têm encontrado diversas dificuldades para adesão ao tratamento. Normalmente, essas dificuldades são de ordem econômica e social e referem-se à aquisição de medicamentos e instrumentais para o controle do diabetes, transporte, alimentação, entre outros. Desta maneira, eles são encaminhados através da assistente social para que recebam suporte para o tratamento.

Tornando-se o DM um problema crescente de saúde pública a nível mundial, independente de grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, evoluindo para a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes. As consequências humanas, sociais e econômicas do DM são alarmantes, a expectativa de vida desses pacientes é reduzida em média de cinco a sete anos quando comparada aos não diabéticos.

De acordo com Santos et. al. (2018) o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes, estimam que mais de 13 milhões de pessoas vivem com a doença, e desse valor, metade não sabem que tem a doença, e vão permanecer sem diagnóstico até que se manifestem sinais de complicações. Testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença e os fatores de risco, são:

- Idade > 45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

## **5.2 Atuação da Atenção Primária à Saúde no cuidado à pessoa com diabetes**

As ações básicas devem ser desenvolvidas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentro de um contexto obrigatório de integração ao sistema nacional de saúde,

estreita cooperação dos setores sociais e econômicos, redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos, eficiente organização do sistema, dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde, em termos de suficiência e qualidade, maior participação e controle pela sociedade (STARFIELD, 2012).

Na visão de Silva et al. (2016) a abordagem ao diabético na atenção primária em saúde compreende a promoção da saúde (abordagem dos fatores de risco), a detecção precoce (exames de rastreamento), o tratamento e o acompanhamento, a coordenação do cuidado (sistema de referência e contrarreferência) e o manejo de complicações da doença.

O Ministério da Saúde determina alguns indicadores para a abordagem de pessoas com diabetes mellitus, que incluem a realização de pelo menos uma consulta médica anual e a dosagem da glicemia duas ou mais vezes no ano, assim como a aferição da pressão arterial e do colesterol pelo menos uma vez no ano (BRASIL, 2013).

Na visão de Rodriguez (2015), a Estratégia Saúde da Família (ESF), que faz parte da APS, constituiu-se de novos saberes e práticas de saúde, assim como a regulação e normatização dos processos de trabalho, capazes de contribuir para a resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS. A ESF com ênfase na promoção da saúde, diferencia sua estratégia de cuidado, pautada no modo de agir dos profissionais e na produção social de saúde.

De acordo com Almeida et al. (2017) reflexões críticas sobre concepção e abordagens da educação em saúde estão registradas em ensaios sobre o tema e num campo mais restrito de publicações encontram-se aqueles que investigam os resultados da intervenção educativa entre diabéticos e hipertensos, avaliando o resultado da educação em saúde e/ou particularizando a questão da educação alimentar e nutricional para esse grupo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p 33) ao se tematizar a humanização da assistência se abre, assim, questões imprescindíveis que possibilitam a orientação da construção das políticas em saúde. “Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”.

Na compreensão de Conceição (2019) o atendimento humanizado, focado no indivíduo como um todo vem revolucionando a Atenção Primária no Brasil. Estudos apontam que um fator determinante na questão do autocuidado no diabetes é a forma em que os profissionais da saúde abordam esses pacientes, pois a comunicação entre os envolvidos deve ser baseada em uma relação de igualdade, abandonando um modelo onde o médico ou profissional da equipe, Profissional de saúde transmitia seus conhecimentos ao paciente, e ele se sentia incapaz de

opinar a respeito do tratamento e orientações, sendo obrigado a obedecer, mesmo que sem condições de realizá-las. O mesmo estudo mostra opções para uma maior participação do indivíduo no seu tratamento, que seria a potência da ação coletiva, que depende da interação de um grupo cujo objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a patologia e seu tratamento.

No âmbito da saúde pública atual, na visão de Almeida et al. (2017) o apoio de equipes multiprofissionais para esse grupo de pacientes diabéticos (nutricionistas, preparadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais), tem apontado resultados positivos, já que a complexidade da mudança do comportamento alimentar está ligado a interação dinâmica entre a importância de um processo planejado e sistematizado com intervenções eficazes.

### **5.3 Educação em Saúde à pessoa com diabetes mellitus**

Menezes Júnior et al. (2015) defendem que a educação em saúde é uma prática essencial para as intervenções preventivas na abrangência da comunidade, especialmente no que se diz respeito às doenças crônicas. Devido a sua alta prevalência e morbimortalidade, essas enfermidades têm se revelado como problema de saúde pública que necessitam de políticas direcionadas para a elaboração de programas educativos, os quais contemplem as reais necessidades dos indivíduos que são afetados, como também, dos familiares e profissionais envolvidos.

Assim, as atividades educativas em saúde precisam orientar a construção de conhecimentos, como também o desenvolvimento de práticas relativas à saúde, direcionadas à prevenção de doenças e à promoção de saúde, abrangendo a participação de toda a população no âmbito de sua vida diária, e não somente as pessoas sob risco de adoecer (RENOVATO; BAGNATO, 2017).

Ainda sobre as atividades educativas em saúde, Figueiredo; Rodrigues Neto e Leite (2017) advogam que estas ações tem por objetivo potencializar o empoderamento das pessoas e motivá-las para o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia por sua saúde, viabilizando a sua capacidade para tomadas de suas próprias decisões, que favoreçam mudanças nas suas condições de saúde.

Motta et al. (2018) compreendem que os processos educativos em saúde traz influencia para o estilo de vida, melhoria para a relação profissional-indivíduo e nos ambientes social e físico. A educação em saúde, quando realizada como uma prática social, com base no diálogo e na troca de saberes viabiliza a compreensão do processo de promoção da saúde e o interrelação entre saber científico e popular. Dessa maneira, ao se realizar educação em saúde se estar capacitando as pessoas para que se mantenham saudáveis a si e aos seus familiares por meio da acessibilidade à informação e as oportunidades que possibilitam fazer escolha por uma vida mais sadia.

Contudo, Boscariol et al. (2018) defendem que a educação em saúde, para pacientes diabéticos tem papel relevante na prevenção e em suas complicações, uma vez que os programas de educação enfocam a importância do autocuidado e direcionam as pessoas com diabetes a melhorar seu controle glicêmico. Desta maneira, estas medidas representam benefícios econômicos tanto a curto quanto a longo prazo.

Mas também, Motta et al. (2018) afirmam que um programa de educação precisa prestar orientação concomitantemente às ações associadas a estratégias de apoio emocional, à interação social, à valorização pessoal, como também para que o paciente consiga resgatar o prazer sensorial da alimentação, controle do estresse e motivação para a reconquista do apoio familiar, bem como, mais do que somente ouvir as orientações dos profissionais de saúde, é imprescindível que estas pessoas sejam transformadas, deixando de serem beneficiárias passivas, tornando-se agentes do seu próprio cuidado.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa-ação realizada entre os meses de janeiro a junho de 2019, em uma UBS de um município do interior do Estado do Ceará.

### **6.2 Procedimentos para a coleta de dados**

O desenvolvimento da pesquisa-ação prevê 12 fases: exploratória; delimitação do tema da pesquisa; colocação dos problemas; lugar da teoria; hipóteses; atividades; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal e saber informal; plano de ação; e divulgação externa (THIOLLENT, 2013).

Para tanto, a fase exploratória do método correspondeu a busca de estudos na literatura científica, para o embasamento teórico da pesquisadora, utilizando-se das bases de dados MedLine e PubMed e descritores em Ciências da Saúde para auxiliar no desenvolvimento as intervenções da pesquisa-ação. Nesta fase exploratória, também, foi um momento para a pesquisadora reconhecer o seu campo de atuação, as expectativas e características dos participantes e a viabilidade da pesquisa. Estas observações auxiliam na delimitação do campo de observação, que nesta pesquisa ocorreu pela participação da pesquisadora como profissional atuante na UBS em estudo. (THIOLLENT, 2013).

O planejamento na pesquisa-ação é flexível e dinâmico, pois a investigação parte dos problemas reais do grupo pesquisado, portanto, o pesquisador não vai ao encontro de sua amostra com um projeto completamente elaborado. Por ser tratar de uma pesquisa prática, na qual a investigação teórica-científica é desenvolvida concomitante à prática, o lugar da teoria está presente desde a elaboração e construção do projeto, até a execução do relatório final em base teórica de literatura pertinente. A fundamentação teórica consiste em diretrizes que orientam a pesquisa e as interpretações das ações realizadas (THIOLLENT, 2013).

Visando sensibilizar os usuários para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, foi organizado um grupo com pacientes diabéticos da UBS, com encontros periódicos, uma vez por semana, totalizando três encontros envolvendo uma média de 25-30 pessoas com diagnóstico de diabetes envolvendo familiares em algumas oportunidades para a troca de

experiências. Foram abordados temas sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, a administração e armazenamento correto dos medicamentos; dieta, a valorização do consumo de frutas e verduras da estação e receitas desenvolvidas de baixo custo, visto que a população-alvo é, em sua grande maioria, pessoas de recursos escassos; ainda houve o incentivo para atividades físicas, respeitando a disponibilidade de cada paciente. Como também foi aplicado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (Apêndice A) na primeira e na terceira reuniões para que fosse possível fazer um parâmetro do início e do final da aplicação da ação.

### **6.3 Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa os pacientes diagnosticados com DM, atendidos na UBS, que aceitaram o convite de participar do grupo dos encontros. O método da pesquisa-ação facultava ao pesquisador utilizar diversas técnicas para coletar os dados, assim, nesta pesquisa, utilizou-se a entrevista semiestruturada individual e as atividades educativas.

### **6.4 Princípios éticos da pesquisa**

Destaca-se que o estudo atendeu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando a liberdade de participação dos sujeitos e a segurança na preservação de suas identidades.

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram realizadas três encontros com os pacientes diabéticos que, em sua maioria, são hipertensos. Foi apresentado o tema diabetes de uma maneira bem simples, dúvidas e mitos a respeito da doença, administração correta de medicamentos, uso correto da insulina e dieta mais adequada a ser seguida, além de alimentos mais econômicos para melhor adesão a dieta. Os encontros foram realizados com a participação de diversos profissionais que colaboraram com o seu conhecimento.

Os três encontros foram desenvolvidos para diabéticos tipo 2, visto que, são a maioria absoluta dos pacientes que compareceram ao evento. Em cada encontro foram desenvolvidas as seis atividades descritas a seguir. Quanto aos medicamentos, foram esclarecidos acerca dos que estão disponíveis na unidade, fornecidos pelo SUS, em uso por essa população.

Ao final dos encontros, os pacientes trocaram experiências pessoais acerca da doença e realizavam confraternização.

As intervenções desenvolvidas nos encontros foram:

Atividade 1: acolhimento dos pacientes pela equipe e acomodação na sala de reuniões da unidade. Após as devidas apresentações, foi distribuído um questionário do autocuidado com diabetes (Apêndice A) versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira do *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA), a partir da versão original, na língua inglesa, (MICHELS et al, 2010). Cada pergunta foi lida em voz alta e explicada, para melhor obtenção de dados. O tema diabetes, foi exposto a todos de maneira bem clara e sucinta, dúvidas mais comuns como o que é, como acontece, fatores de risco, sintomas e complicações foram abordados. a importância da adesão ao tratamento, a consciência de que com essa doença, as regras impostas pela equipe de saúde para o tratamento, têm que ser cumpridas para obter uma qualidade de vida, a compreensão e ajuda da família também foi citada. Os profissionais presentes, se apresentaram e tiveram a oportunidade de explicarem seus papéis e objetivos traçados para evoluirmos com êxito junto aos pacientes na luta contra o diabetes.

Atividade 2: tratamento, administração de medicamentos.

Com ajuda da equipe de enfermagem, os planos de tratamento foram abordados. Uma vez, realizado o diagnóstico de diabetes, cada paciente foi avaliado de acordo com suas necessidades. Como primeiro passo, o tratamento não medicamentoso, com a mudança do estilo

de vida (dieta e exercícios físicos). Se estes não forem satisfatórios, a introdução de medicamentos se faz necessária, em monoterapia ou terapia combinada.

Sobre a realização de atividades educativas pelos profissionais em UBS Silva et al. (2016), verificaram que 92% por eles entrevistados afirmaram que recebiam algum tipo de informação sobre DM. Sendo que 46% participavam das atividades desenvolvidas e as mesmas auxiliavam no controle da doença, dieta, tratamento medicamentoso, insulino terapia, autocuidado e inovações para o tratamento.

Existem alguns medicamentos que auxiliam para o controle da glicemia e nesse caso, foram priorizados os que são oferecidos pelo SUS, como metformina, glibenclamida e glicazida, além das insulinas. O uso da glibenclamida, deve ser feito cumprindo a dose recomendada pelo médico, pelo menos 30 minutos antes da primeira refeição do dia, não deve ser mastigado e deve ser ingerido com quantidade suficiente de líquido. Se houver prescrição de uma segunda dose diária, seguir as orientações aclaradas pelo médico, contidas na receita. A glicazida deve ser tomada a dose recomendada, durante o café da manhã, de preferência consumir os comprimidos inteiros com água. A metformina se recomenda o uso, durante ou após as principais refeições do dia, conforme a indicação médica. Não se recomenda o uso com bebidas alcoólicas (MEDIC, 2019).

Todos esses medicamentos, se houver esquecimento da dose, não pode ser aumentada na dose seguinte. Esses comprimidos devem ser mantidos a temperatura ambiente, sem presença de umidade e de preferência que sejam mantidos dentro das cartelas (blisters), onde vem armazenados. (MEDIC, 2019).

Devido a importância da adesão ao tratamento pelo diabético, Silva et al. (2015) realizaram pesquisa com usuários de três UBS de Floriano (PI) para saber o índice de adesão destes usuários e verificaram baixa adesão (12,2%) ao tratamento medicamentoso com antidiabéticos orais oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nestas unidades de saúde.

O mesmo parâmetro de baixa adesão e pouco conhecimento com a doença foram mencionados por Ada (2017), com pacientes com DM2. Assim, os resultados podem indicar um comprometimento no autocuidado e dificuldades para o enfrentamento da doença.

Atividade 3: insulino terapia: em casos onde não se obtiveram bons resultados com medicamentos orais, a introdução de insulina ao tratamento é mais uma aliada. As que possuímos na unidade são NPH e Regular. Conforme a prescrição, se mantem ou não o uso combinado com hipoglicemiantes orais. Nesse caso, deve haver uma maior vigilância do

profissional de saúde para verificar se as metas estabelecidas pelos tratamentos estão sendo alcançadas ou se necessitam ajuste da dose. Disponíveis em frascos, a insulina que ainda não foi aberta deve ser guardada na geladeira entre 2 e 8°C. Depois de aberta, pode ser deixada à temperatura ambiente (menor do que 30°C) por 30 dias (BRASIL, 2018).

É importante manter todos os tipos de insulina longe da luz e do calor. Descarte a insulina que ficou exposta a mais de 30°C ou congelada. Não use medicamentos após o fim da data de validade. Para ajudar a acompanhar a data, o usuário pode anotar no rótulo o dia em que abriu o frasco ou colocar um pedaço de esparadrapo colado com a data em que foi aberta a insulina pela primeira vez. Em dias muito quentes, deve armazenar a insulina em um isopor bolsa térmica, podendo eventualmente conter placas de gelo, desde que este não tenha contato direto com a insulina. Os locais de aplicação devem ser: no abdome (barriga), coxa (frente e lateral externa), braço (parte posterior do terço superior) e glúteo (parte superior e lateral das nádegas). (BRASIL, 2018).

É importante mencionar que deve haver um rodízio entre os locais de aplicação, pois essa conduta diminui o risco de complicações na região da aplicação, tal como a lipohipertrofia (pontos endurecidos abaixo da pele) ou lipoatrofia (depressões no relevo da pele ocasionado por perda de gordura). O ângulo de aplicação varia em função da quantidade de gordura da área de aplicação, e para evitar enganos, foi verificado individualmente, com ajuda da equipe, como cada paciente insulino dependente estava realizando suas auto aplicações ou com ajuda da família.

Atividade 4: com o auxílio da nutricionista, foram abordadas as dificuldades mais frequentes encontradas para o cumprimento da dieta por ela indicada. O preço alto de alguns itens do cardápio, tiveram opções para substituição. Explicações sobre: os produtos diet, não são completamente liberados, devemos optar por consumir a fruta ao invés do suco, que verduras e legumes podem ser consumidos crus, quando não se agrada cozido. Que nem só o uso de sal, vai temperar a comida, que podemos agregar tomilho, orégano, manjericão frescos ou na versão seca que são bem acessíveis. Como fonte de fibras, aveia é um grande aliado e pode ser empregado em receitas doces e salgadas. Os chás que se pode ser consumido na ceia, para diminuir a ansiedade. As dúvidas a respeito do preparo das carnes e quantidades permitidas. Algumas receitas como “fritar” o ovo e peito de frango na água, pizza de batata doce, aveia e frango, bolinho de espinafre, nuggets assado de cenoura, brigadeiro de cacau e

aveia foram compartilhadas. Além de algumas opções de salada agridoce, dentro das possibilidades que se apresentam a cada ido ao mercado.

Pesquisa-ação realizada por Silva et al. (2016) com 13 mulheres diabéticas verificaram que a maior parte afirmou cozinhar para a toda a família de acordo com a sua orientação nutricional, sem separação de tipo alimentar. Observando, assim que ao realizar a atividade de cozinhar para todo o grupo familiar sem distinção, os coabitantes do lar estão cuidando preventivamente de sua saúde.

Atividade 5: com ajuda do educador físico, foi oferecido um momento com música e alongamento. A importância de abandonar o sedentarismo foi muito bem abordada, a importância de sapatos adequados para cada atividade a se desempenhar, dicas de exercícios que podem ser feitos em casa. O cuidado principalmente com os pés após realizar alguma atividade física. Todos foram convidados a participar das atividades desenvolvidas pelo profissional na quadra do bairro, que é de fácil acesso para todos.

Silva et al. (2015) afirmam que ao se levar em consideração o índice elevado de sedentarismo encontrado em sua pesquisa com diabéticos em Floriano (PI), tornou-se imprescindível ressaltar que a prática de exercícios físicos é uma atividade necessária no tratamento do Diabetes Mellitus, uma vez que tem sido largamente recomendada aos pacientes diabéticos, pois quando realizada de forma frequente traz melhoria para o controle da glicemia, minimizando os fatores de risco cardiovascular, prevenindo e retardando o desenvolvimento da obesidade.

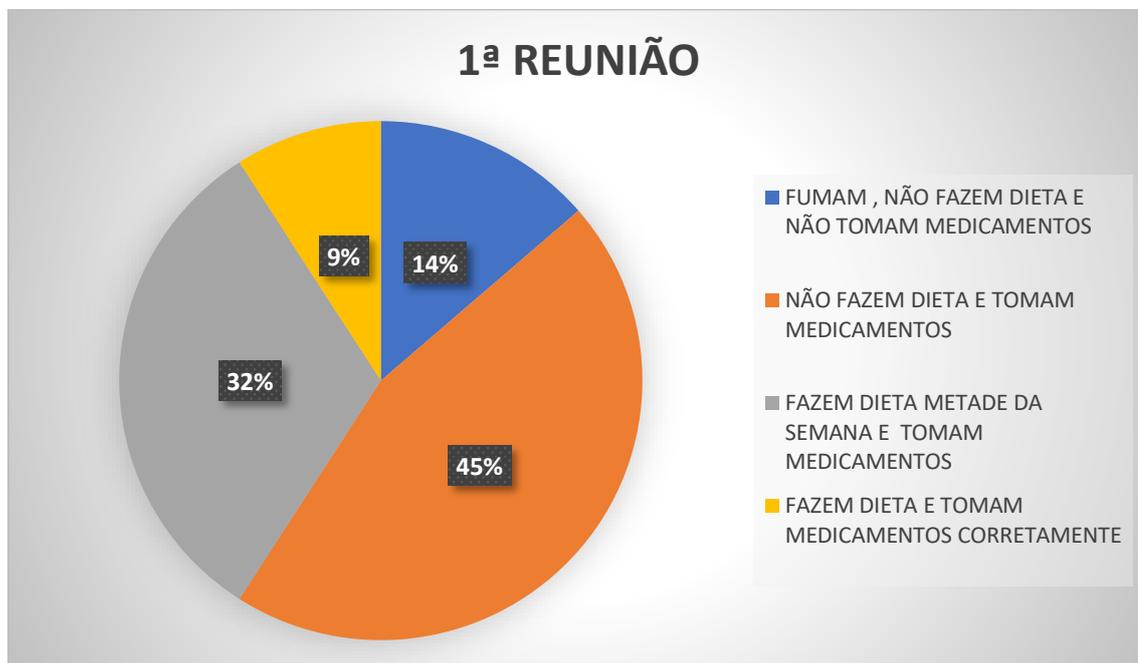
Atividade 6: confraternização, neste momento, foi oferecido um lanche, com degustação de algumas frutas, chás, bolos com adoçantes e farinha integral, e algumas das receitas comentadas pela nutricionista. Durante a degustação pacientes e equipe puderam se aproximar, compartilhar experiências entre si.

Durante as reuniões foram notórios o desconhecimento e dúvidas a respeito da doença em si, do tratamento e prognóstico. O desinteresse de alguns pacientes foi um obstáculo significativo para os profissionais da equipe, com o acolhimento, a linguagem na qual foram abordados os temas, a descontração nos momentos de intervenção do preparador físico e as confraternizações, foram aos poucos quebrando o gelo e aproximando mais a todos. Os dados coletados a partir do Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD) foram alarmantes. Isso explica a grande quantidade de atendimentos realizados diariamente para pacientes diabéticos e hipertensos descompensados.

O momento de maior tensão para os pacientes foi durante a abordagem da fisiopatologia da doença e suas complicações, neste momento se viu claramente que por não terem elucidado suas dúvidas em momentos oportunos, na presença de profissionais da equipe de saúde, estavam menosprezando uma situação que se agrava a cada dia e aparentavam não ter ideia das possíveis consequências. O esclarecimento sobre o uso de medicamentos e insulino-terapia foi muito produtivo, visto que esses pacientes possuem outras comorbidades e fazem uso de grande quantidade de medicamentos. A discussão em torno da dieta, a princípio foi um pouco tensa, porque apesar das orientações da nutricionista da unidade nas consultas individuais, os pacientes tinham a convicção que somente com o consumo de produtos específicos para diabéticos, os ditos diet, estariam se alimentando de forma correta, quando questionados sobre a fonte desses conteúdos, sempre indicam a internet, e a maioria sendo idosos e analfabetos, tem dificuldade de entender e discernir as informações que são compartilhadas por familiares, na vizinhança ou mesmo pelos profissionais de saúde durante as consultas, visto que sempre comparecem desacompanhados. As alternativas apresentadas pela nutricionista e o momento de degustação, foi reconfortante e trouxe certa euforia, uma vez que a maioria desconhecia as receitas e modo de preparo de certos alimentos para que ainda assim, fiquem agradáveis ao paladar. Ao final de cada encontro, a aproximação com a realidade dos pacientes, tornou possível a constatação de situações antes ignoradas, fez com que o plano de cuidado respeitasse a necessidade de cada um, já que nos deparamos com situações onde o uso de medicamentos era realizado, mas o paciente não tinha com o que se alimentar na maior parte do tempo e um novo olhar de cuidado com ajuda de apoiadores, vem amenizando o problema.

Verificou-se que os dados fornecidos pela entrevista utilizando o QAD na primeira reunião comparados com a última reunião apresentaram resultados significativos. As informações foram apresentadas pelo gráfico 1 e 2.

**Gráfico 1** – Análise das atividades de autocuidado em pacientes diabéticos apresentadas no primeiro encontro realizado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



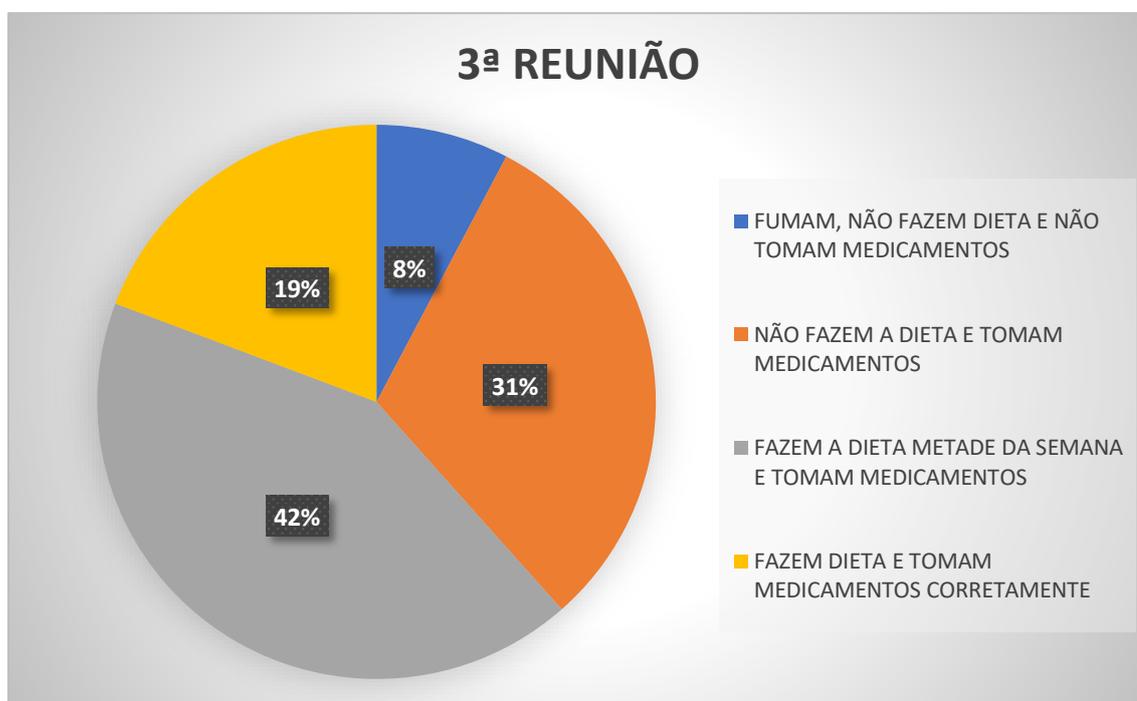
Fonte: Própria Autora

Verifica-se que 45% dos diabéticos que participaram da reunião não fazem dieta e fazem uso da medicação. Já 32% fazem dieta alguns dias da semana e também fazem uso da medicação. Além de não fazerem a dieta e não fazer uso da medicação 14% ainda tem o hábito de fumar. Somente 9% fazem a dieta e uso da medicação corretamente.

A pesquisa realizada por Silva et al. (2015) corrobora com estes dados, pois 61,9% dos diabéticos por eles pesquisados também não tiveram adesão ao tratamento, especificamente, os antidiabéticos orais.

Pesquisa realizada por Almeida et al. (2017) enfocando à morbimortalidade atribuível ao diabetes mellitus, revelou que o não controle por um período de tempo longo encontra-se associado a importantes morbidades, tais como às doenças cardiovasculares, nefropatia, retinopatia, neuropatia, e lesões em pés, e a mortalidade no ano de 2020, foi estimada em 3,9 milhões, equivalendo a 8,2% de todas as mortes no mundo.

**Gráfico 2** – Análise das atividades de autocuidado em pacientes diabéticos apresentadas no terceiro encontro realizado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Própria Autora

Depois dos dois encontros realizados, foi possível verificar que no terceiro encontro houve um aumento no índice dos diabéticos que fazem dieta alguns dias da semana e também fazem uso da medicação de 32% para 42%. Mas também cresceu de 9% para 19% o índice dos que fazem a dieta e uso da medicação corretamente.

Houve uma diminuição de 45% para 31% dos diabéticos que não fazem dieta e fazem uso da medicação, como também houve redução de 14% para 8% dos diabéticos que além de não fazerem a dieta, não fazem uso da medicação e tem o hábito de fumar.

Diante destas intervenções, a população alertou sobre os perigos do DM e suas complicações, conscientizaram-se da importância da adesão ao plano de tratamento proposto, o autocuidado apresentou melhora significativa, o aumento da presença de familiares em busca de informações corretas sobre a doença e acompanhando os pacientes às consultas. Os atendimentos de emergência a pacientes com DM descompensada diminuíram, mas, ainda representam um impacto para o cotidiano da unidade, tanto em atendimentos quanto financeiramente.

Acredita-se que ao dar continuidade às intervenções, os resultados se tornem mais satisfatórios e com a proximidade da equipe com os pacientes possibilite desenvolver cada vez uma melhor qualidade de vida para os pacientes da UBS pesquisada. Dessa maneira, espera-se que as atividades realizadas possam influenciar na adesão do paciente ao plano de tratamento proposto, na melhoria da qualidade de vida e na conscientização dos benefícios que terão ao aderir ao plano de tratamento proposto para cada um deles.



## 9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos utilizados no desenvolvimento desta pesquisa foram materiais e humanos:

<b>Materiais</b>	<b>Humanos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sala para realização de grupos;</li><li>- Balança;</li><li>- Tensiômetro para aferir a pressão arterial;</li><li>- Glicômetro</li><li>- Requisição para exames laboratoriais;</li><li>- Listas com pacientes;</li><li>- Panfletos explicativos de uma alimentação saudável e baixo custo;</li><li>- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;</li><li>- Questionário do autocuidado com o diabetes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médico;</li><li>- Enfermeiro;</li><li>- Téc/Aux. Enfermagem;</li><li>- ACS;</li><li>- Nutricionista;</li><li>- Educador físico.</li></ul>

## 10 CONCLUSÃO

Os pacientes diabéticos representam grande parte dos atendimentos diários, pois mesmo com diagnóstico e prescrição de tratamento, continuam com a glicemia descompensada por não aderirem ao que foi proposto pela equipe. Desta forma, a pesquisa refletiu diretamente na rotina da UBS.

Durante as intervenções foi possível identificar que esses pacientes não tinham conhecimentos sobre a doença e ignoravam a maioria de suas complicações. Além disso, não faziam o uso correto de medicamentos e quando questionados sobre as orientações durante as consultas, alegaram que pelo tempo reduzido na presença do médico, saíam com dúvidas do consultório.

Com a presença de toda a equipe, ajuda da nutricionista e preparador físico, em um ambiente descontraído, cada um teve seu momento para esclarecer dúvidas sobre a administração correta de medicamentos, insulino terapia, dieta com baixos custos e grupos para realização de atividade física na quadra do bairro. Tudo exposto de forma simples, em linguagem popular.

Espera-se que as intervenções realizadas desenvolvam um comprometimento para um tratamento continuado dos pacientes; um melhor relacionamento entre o paciente e a equipe de do ESF; compartilhamento de vivências e conhecimentos; acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente; buscar adesão ao tratamento; ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões; construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva; melhorar a saúde e os hábitos de vida dos usuários; estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar; acompanhar um maior número de pacientes possível; diminuir o impacto financeiro que esses pacientes representam para unidade, quando descompensados.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR L. G. K.; VILLELA, N. R.; BOUSKELA, E. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo**. v. 51, n. 12, p.204-11, 2012.
- ALMEIDA, P. D.; ARAÚJO, A. K. L.; et al. Perfil epidemiológico do Diabetes *Mellitus* em um estado do nordeste brasileiro. **Revista online de Pesquisa – Cuidado é fundamental**. v. 9, n. 3, p. 641-647, 2017.
- ARTILHEIRO, M. M. V. S. A.; FRANCO, S. C.; SCHULZ, V. C.; COELHO, C. C. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS? **Revista Saúde Debate**. v. 38, n. 101, p. 210-224, 2014.
- ASSUNÇÃO, S. C.; FONSECA, A. P.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P.; PINHO, L. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 21, núm. 4, 2017, pp. 1-7.
- ATALA, Y. B. **Estudo de neuropatia autonômica cardíaca e risco cardiovascular em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. Campinas: UEC, 2017. [Dissertação].
- BARROS, M. F. A.; MENDES, J. C.; NASCIMENTO, J. A.; CARVALHO, A. G. C. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. **Revista de Fisioterapia e Movimento**. v. 25, n. 4, p. 747-57, 2012.
- BASSO, N. A. S.; COSTA, R. A. A.; MAGALHÃES, C. G.; RUDGE, M. V. C.; CALDERON, I. M. P. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal: diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 2, n. 9, p. 253-259, 2011.
- BOSCARIOL, R.; OUCHI, J. D.; GONZAGA, M. F. N.; MARAGNA, R. G. Diabetes mellitus tipo 2: educação, prática de exercícios e dieta no controle glicêmico. **Revista Saúde em Foco**. v. 10 , n.5 , p.138-150, 2018.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica: Diabetes mellitus – relatório de recomendação**. Brasília: IOU/MS, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS Cadernos textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2010. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 14 ed, Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2011.

CARVALHO, D.S.; DE ALMEIDA, A.A.; BORGES, A.F.; CAMPOS, V. Treatments for diabetes mellitus type II: New perspectives regarding the possible role of calcium and cAMP interaction. **Eur J Pharmacol**. v. 5, n. 830, p. 9-16, 2018.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, Brasília, v. 11, n 25, p. 194-220, 2019.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2015.

FERRAZ, A. E. P.; ZANETTI, M. L.; BRANDÃO, E. C. M.; ROMEU, L. C.; FOSS, M. C.; PACCOLA, G. M. G. F.; PAULA, F. J. A.; GOUVEIA, L. M. F. B.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de Diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.33, n. 2, p. 170-171, abr./jun., 2015.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**; v.16, n. 41, p. 315-29, 2017.

FUSCALDI, F. S.; BALSANELLI, A. C.; GROSSI, S. A. Locus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, n. 4, v. 5, p. 855-861, 2011.

ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. C. et al. Prevalência de diabetes autor referido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Epidemiologia no Serv. Saúde**. v. 24, n. 2, p.305-314, 2015.

MEDIC. **Bula do Medicamento**. Disponível em: <https://www.4medic.com.br/bulario/G/glibenclamida>. Acesso em: 10.08.2019.

MENEZES JÚNIOR, J. E.; QUEIROZ, J. C.; FERNANDES, S. C. A.; OLIVEIRA, L. C.; COELHO, S. Q. F. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Rev Rene**, Fortaleza. v.12, n. esp., p. 1045-51, 2015.

MICHELS, M. J.; CORAL, M. H. C.; SAKAE, T. M.; DAMAS, T. B.; FURLANETTO, L. M. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq BrasEndocrinol**. 2010; v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.

MOTTA, M. D. C. et al. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. **Revista Uningá REVIEW**, v. 18, n. 2, p. 48-53, 2018.

OLIVEIRA, J. C.; TAQUARY, S. A. S.; BARBOSA, A. M.; VERONEZI, R. J. B. Pé Diabético: Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes Hospitalizados. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**. v. 22, n. 2, p.15-20, 2018.

PEREIRA, D. A.; COSTA, N. M. S. C.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V.; ZANINI, C. R. O. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 478-485, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm**. v. 19, n. 3, p. 554-62, 2017.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paul. enferm**. v.25, n. 2, p. 284-290, 2012.

RODRIGUEZ, Coralia Cuenca. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - RN**. - Pelotas: UFPel, 2015. [Monografia]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6498>. Acesso em: 08. 08. 2019.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170262, 2018.

SANTOS, F. A. L.; LIMA, W. P.; SANTOS, A. L.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001- 2012. **Revista Epidemiologia no Serv. Saúde**. v. 23, n. 4, p. 655-663, 2014.

SANTOS, F. A. L.; LIMA, W. P.; SANTOS, A. L.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001- 2012. **Revista Epidemiologia no Serv. Saúde**. 2014; 23(4): 655-663, 2018.

SARTURI TRES, G. **Efeitos da diacereína nos parâmetros inflamatórios e controle metabólico em pacientes diabéticos tipo 2 em uso de anti-hiperglicemiantes**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015. [Tese].

SBAC. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Qual a situação da diabetes no Brasil? 2018. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/blog/2018/11/26/qual-a-situacao-da-diabetes-no-brasil/>. Acesso em: 03. 08. 2019.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.

SILVA JÚNIOR, D. S.; COSTA, K. S.; ARANTES, M. G.; MOREIRA, A. A.; COSTA JÚNIOR, A. F.; SCHNEID, J. L. Conhecimentos, atitudes e práticas de medidas preventivas do pé diabético nos participantes de programa de controle do diabetes no município de Gurupi, Tocantins. **Revista Cerus** v. 8, n. 3, p. 118-135, 2016.

SILVA, A. P.; BORGES, B. V. S.; LIRA NETO, J. C. G.; AVELINO, F. V. S. D.; DAMASCENO, M. M. C.; FREITAS, R. W. J. F.. Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 425-433, 2015.

SILVA, L. W. S.; SILVA, J. S.; SQUARCINI, C. F. R.; SOUZA, F. G.; RIBEIRO, V. S.; Gonçalves, D. F. Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético **Revista Ciencia y Enfermería**, v. 22, n. 2, p. 103-116, 2016.

SILVA, S. S.; MAMBRINI, J. V. M.; TURCI, M. A.; MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, p.15-20, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2013.

VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.

## APÊNDICE A – Formulário de Entrevista

### Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD)

#### 1. ALIMENTAÇÃO GERAL

1.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?

0 1 2 3 4 5 6 7

1.2. Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?

0 1 2 3 4 5 6 7

#### 2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA

2.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?

0 1 2 3 4 5 6 7

2.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gorduras, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?

0 1 2 3 4 5 6 7

2.3. Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?

0 1 2 3 4 5 6 7

#### 3. ATIVIDADE FÍSICA

3.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade físicas durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?

0 1 2 3 4 5 6 7

3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta) sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?

0 1 2 3 4 5 6 7

#### 4. MONITORIZAÇÃO GLICEMIA

4.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?

0 1 2 3 4 5 6 7

4.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?

0 1 2 3 4 5 6 7

#### 5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1. Em quantos dos últimos sete dias examinou seus pés?

0 1 2 3 4 5 6 7

5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los

?            0    1   2   3   4   5   6   7

5.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?        0 1 2 3 4 5 6 7

## 6. MEDICAÇÃO

6.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos)

0 1 2 3 4 5 6 7

6.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina como o recomendado? 0        1 2 3 4 5 6 7

6.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

## 7. TABAGISMO

7.1. Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias?

SIM                    NÃO

7.2. Se sim, quantos cigarro fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:.....

7.3. Quando fumou o seu último cigarro?

- Nunca fumou
- Há mais de dois anos atrás
- Um a dois anos atrás
- Quatro a doze meses atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- hoje