

A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família

Health education and treatment of type 2 diabetes mellitus in a Family Health Unit

Jéssica Santos de Almeida¹, Janie Maria de Almeida¹

RESUMO

Introdução: Considerado um problema de saúde pública de grande onerosidade social e econômica, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença tratável e suas complicações podem ser prevenidas por meio da educação em saúde associada à abordagem multiprofissional na atenção básica. **Objetivos:** Investigar os fatores que interferem na adesão ao tratamento do DM2 e avaliar a eficácia de uma intervenção educativa. **Método:** Estudo exploratório, longitudinal, de abordagem quanti-qualitativa. Foi realizada uma intervenção composta de consultas compartilhadas e grupos educativos na Unidade de Saúde da Família Cajuru, Sorocaba, São Paulo, de junho a outubro de 2016. A amostra correspondeu a 12 indivíduos adultos acometidos por DM2. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e os dados qualitativos, por análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos participantes apresentou sobrepeso e obesidade. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial e dislipidemia; e os fatores de risco, prevalecem a obesidade e o tabagismo. Entre as razões que interferem negativamente na adesão terapêutica do DM2 evidenciam-se falta de orientação nutricional adequada e comunicação reduzida entre profissional e paciente. **Conclusão:** As consultas compartilhadas e o grupo educativo criaram um espaço, entre profissional e paciente, para o compartilhamento informacional. Além disso, 41% dos participantes reduziram seus índices glicêmicos durante o estudo e os relatos dos participantes evidenciaram que a relação de respeito e confiança foi aperfeiçoada, contribuindo de forma efetiva e consciente em seu tratamento.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 2; saúde da família; educação em saúde; equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Considered as a public health problem of great social and economic burden, the type 2 diabetes mellitus (DM2) is treatable, and its complications are preventable through health education associated with a multiprofessional approach in primary care. **Objectives:** To investigate the factors that interfere in adherence to the treatment of DM2 and to evaluate the effectiveness of the proposed intervention. **Methods:** It is an exploratory, longitudinal research of quantitative-qualitative approach. The search consisted by shared consultations and educational group developed in the Family Health Unit of Family Cajuru, localized in Sorocaba, São Paulo, Brazil, in the period from June to October 2016. The sample was composed of 12 adults affected by DM2. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics; and qualitative data, composed of guiding questions, were evaluated by content analysis. **Results:** Most of the participants analyzed were overweight and obese. The most common comorbidities were hypertension and dyslipidemia; and obesity and smoking prevailed as risk factors. Among the reasons that negatively interfere in the therapeutic adherence of DM2, there are: lack of adequate nutritional guidance and poor communication between professional and patient. **Conclusion:** The shared inquiries and the education group have created, among professionals and users, room for informational sharing. In addition, glycemic indexes were reduced in 41% of participants during the study and the participants' reports showed that the relationship of respect and trust was improved, effectively and consciously contributing to their treatment.

Keywords: diabetes mellitus, type 2; Family health; health education; patient care team.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.
Autor correspondente: Jéssica Santos de Almeida – Avenida Nestor Fogaça, 1.017 – Sítio Centro – CEP: 18230-000 – São Miguel Archanjo (SP), Brasil – E-mail: jeh_santosalmeida@hotmail.com
Recebido em 31/01/2017. Aceito para publicação em 14/08/2017.

INTRODUÇÃO

O aumento do sedentarismo associado aos maus hábitos alimentares e à obesidade é determinante para o estabelecimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Considerada uma “epidemia mundial do século XXI, a carga humana do diabetes em 2014 foi enorme: 4,9 milhões de mortes e, a cada 7 segundos, 1 pessoa morre por diabetes”.¹

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), atualmente no Brasil há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa a prevalência de 6,9% da população.² O controle glicêmico inadequado conduz o indivíduo a complicações em longo prazo e aumenta o número de internações e óbitos. As alterações do DM2 são passíveis de prevenção por meio da educação em saúde associada à abordagem multiprofissional na atenção básica.

O bairro Cajuru, localizado na zona leste de Sorocaba, São Paulo, tem uma população estimada de 9.481 habitantes. A estratégia de saúde da família nesse local iniciou-se em agosto de 2014 e os indicadores acerca do DM2 ainda estão em processo de tabulação. Dados preliminares coletados por meio da ficha de cadastro individual familiar, aplicado pelas agentes comunitárias de saúde, apontam a existência de 503 indivíduos acometidos pela doença, representando a prevalência de 5% no período estudado.

Na área de abrangência do Cajuru, o diagnóstico situacional pontuado pela equipe interdisciplinar de saúde é a má aderência à terapêutica do diabetes, isto é, a maioria dos indivíduos acometidos por DM2 apresenta um estilo de vida alicerçado no sedentarismo, exageros na ingestão de carboidratos e descuido na utilização da medicação. Ainda, definiu-se a educação para o autocuidado associada à abordagem multiprofissional como forma de enfrentamento dessa situação.

O processo de educação em diabetes é responsabilidade que deve ser incorporada por toda a equipe de saúde e sua efetividade depende do diálogo, criação de vínculos, compartilhamento de informações e, acima de tudo, respeito. Ainda, inúmeros estudos publicados evidenciam “a importância da educação em saúde para efetividade no tratamento de doenças crônicas, principalmente no direcionamento do autogerenciamento dos cuidados em DM2”.^{3,4}

Nesse contexto, a formação de um grupo educativo multiprofissional estimula o compartilhamento de vivências, fomenta a construção do conhecimento coletivo e expande o entendimento dos participantes. A educação em saúde é fundamental, inclusive é amplamente reconhecida pela International Diabetes Federation como parte integral do cuidado com diabetes, estando condicionada à melhora do conhecimento e, conseqüentemente, à modificação de atitudes perante a doença.

A educação para o autocuidado é o “processo de ensinar o usuário a administrar sua doença”,⁵ em outras palavras, significa encorajar o usuário e não manipular suas ações. Quando ele aprender a assumir o papel de protagonista de sua própria vida, terá mais autonomia e responsabilidade em sua terapêutica.

OBJETIVOS

Este estudo pretendeu investigar os fatores que interferem na adesão ao tratamento do DM2, avaliar a eficácia

da intervenção proposta (consultas compartilhadas e grupo educativo) e promover informações sobre a enfermidade que melhorem a compreensão do participante sobre sua doença.

MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) sob nº 55281016.2.0000.5373. Trata-se de uma pesquisa exploratória, longitudinal, de abordagem quanti-qualitativa.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Cajuru, localizada na zona leste de Sorocaba, São Paulo. A amostra, eleita por conveniência, contou com 12 indivíduos que atenderam aos critérios estabelecidos, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão abrangeram indivíduos maiores de 18 anos acometidos por DM2, que apresentassem estilo de vida alicerçado no sedentarismo, exageros na ingestão de carboidratos e descuido na utilização da medicação constatado durante consulta médica. Foram excluídos do estudo os indivíduos acometidos por DM2 adultos, menores de 18 anos e os que não quiseram participar.

A coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2016. Os indivíduos selecionados foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico e visitas domiciliares. Realizou-se uma abordagem inicial com a enfermeira para esclarecer a intervenção e aplicar o instrumento de coleta de dados (instrumento adaptado)⁶ que avaliou as informações sociodemográficas, o entendimento e a aceitação do usuário sobre o tratamento do DM2. Ainda, foram analisados os níveis de hemoglobina glicosilada descritos nos prontuários individuais no início e no fim da intervenção (Tabela 1).

Intervenção

A intervenção foi desenvolvida por meio de consultas compartilhadas e grupo educativo multiprofissional. As orientações terapêuticas individuais realizadas pela enfermeira ocorreram mensalmente e tiveram uma abordagem diferente em cada encontro. Os grupos educativos aconteceram no primeiro, segundo e terceiro mês e contaram com a participação da equipe apoiadora de saúde mental (psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta), dos profissionais da unidade de saúde e dos agentes comunitários de saúde. As consultas médicas ocorreram no primeiro e último mês (Quadro 1).

No quarto e último mês ocorreram a finalização da intervenção e a avaliação da eficácia do grupo educativo definida pela solicitação: *Descreva como foi sua participação neste grupo educativo multiprofissional.*

Análise dos dados

Como se trata de uma pesquisa quanti-qualitativa, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e à análise de conteúdo de Bardin.

Os dados quantitativos coletados por meio do instrumento de coleta de informações e a evolução dos níveis de glicemia e da hemoglobina glicosilada descritas nos prontuários individuais foram tabulados e armazenados em planilhas do Programa Microsoft Excel 2000.

Os dados qualitativos coletados foram obtidos pelas seguintes questões norteadoras:

- Como você percebe que sua glicose (açúcar no sangue) está alta? Como você percebe que sua glicose está baixa? O que você faz quando os valores estão alterados?
- Como lhe ensinaram que uma pessoa com diabetes deveria se alimentar?
- Das orientações recebidas, o que você considera difícil seguir?

Essas questões foram aplicadas durante consulta de enfermagem e os relatos dos participantes foram digitados e armazenados em documentos do Microsoft Word 2000. Para o tratamento dos dados qualitativos da pesquisa foi adotada a análise de conteúdo de Bardin,⁷ que se caracteriza por um método de organização e exame de dados objetivando qualificar as vivências do sujeito e suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 participantes selecionados, houve um pareamento quanto ao gênero masculino e feminino. Os participantes são majoritariamente casados (58%), com ensino fundamental completo (41,6%). A idade variou entre 39 e 63 anos, com média de 50 anos. O tempo de diagnóstico de diabetes variou de 6 meses a 16 anos.

Os dados antropométricos evidenciaram que mais da metade dos participantes da pesquisa apresenta sobrepeso e obesidade, isto é, possui um índice de massa corpórea (IMC) superior a 25 kg/m².⁸ Relativamente, as morbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Entre os fatores de risco, prevalecem a obesidade e o tabagismo. O perfil antropométrico dos participantes da intervenção equipara-se aos valores nacionais, que evidencia crescimento do número de pessoas com excesso de peso: “52% dos brasileiros estão acima do peso e 17,9% da população está obesa”.⁹

Os valores glicêmicos em jejum, avaliados no período pré-intervenção, isto é, solicitados na primeira consulta de enfermagem, variaram de 129 a 332 mg/dL, com média glicêmica 227 mg/dL. Quanto à hemoglobina glicosilada, 75% dos participantes apresentaram um mau controle glicêmico (entre 9 e 14%, de

Tabela 1. Valores laboratoriais de evolução glicêmica dos indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2 da Unidade de Saúde da Família Cajuru, Sorocaba, São Paulo.

Paciente	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	Glicemia de jejum (mg/dL)	Glicemia de jejum (mg/dL)	Hemoglobina glicosilada (%)	Hemoglobina glicosilada (%)
1	180	150	8,2	8
2	129	100	5,8	5,6
3	252	216	8,7	8,7
4	238	303	8,6	11,4
5	332	131	13,8	9,7
6	250	427	9,9	14,1
7	170	237	8	9
8	279	295	10,4	11,9
9	120	134	5,9	7,8
10	300	157	11,2	10,9
11	175	220	8,4	8
12	308	280	11,2	11

Quadro 1. Cronograma da intervenção da Unidade de Saúde da Família Cajuru, Sorocaba, São Paulo.

Junho	Julho	Agosto	Setembro
Orientação de enfermagem (sensibilização + orientações sobre alimentação saudável) Consulta médica Grupo educativo: a incorporação de hábitos alimentares saudáveis + atividade física	Orientação de enfermagem (Prevenção de complicações) Grupo educativo: a compreensão da ação e utilização regular da medicação + monitoramento glicêmico	Orientação de enfermagem (aspectos psicossociais) Grupo educativo: desenvolvimento de comportamentos que evitem o risco de complicações + manutenção do equilíbrio emocional para o bom convívio com o diabetes	Consulta compartilhada (enfermeira e médica) Grupo educativo: avaliação final da evolução do grupo

acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes — SBD e da American Diabetes Association — ADA) e apenas 25% mantiveram um bom controle glicêmico (entre 6 e 8%, de acordo com as recomendações da SBD e da ADA).

Posteriormente à intervenção, os valores glicêmicos variam de 150 a 427 mg/dL, com média glicêmica de 220 mg/dL. Quanto à hemoglobina glicosilada, 66% dos participantes ainda apresentavam um mau controle glicêmico (valores entre 9 e 14%).

Apesar da maioria dos participantes não alcançar as metas recomendadas pela ADA, “hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferior a 7% e valores glicêmicos em jejum entre 70 e 130 mg/dL”, 41% dos pesquisados melhoraram seu controle glicêmico. Ainda, uma usuária (P5) conseguiu reduzir 200 mg/dL em sua glicemia e 4,1% em sua hemoglobina glicosilada nesse período de intervenção.

Um participante (P6) apresentou uma piora significativa em seus valores glicêmicos, demonstrando que a educação em saúde e a abordagem multiprofissional não são soluções únicas para melhorar a adesão ao tratamento do DM2. Deve-se considerar que as questões psicológicas e sociais do usuário são importantíssimas para o enfrentamento da doença.

Como não foram aplicados testes estatísticos, os resultados laboratoriais não permitem uma análise mais minuciosa.

Os usuários percebem as alterações glicêmicas pela sintomatologia, que é mais acentuada nos casos hiperglicêmicos (polidipsia, poliúria, náuseas). Apesar disso, o diabetes ainda é uma doença silenciosa e a maioria descobre que os valores glicêmicos estão alterados quando vão ao centro de saúde, numa frequência média de quatro vezes ao ano. Quando ocorre essa mudança, a maioria dos participantes tem o Centro de Saúde como referência para correções hiperglicêmicas, conforme consta nas descrições a seguir:

Bebo muita água, faço muito xixi (P7, P10, P12).

Não sinto nada (P2, P11).

Vou para o postinho (P4, P12).

Vou para o posto de saúde ou para o pronto-atendimento (P6, P10).

Só descubro quando venho ao posto... (P3).

Embora a alimentação seja fundamental no estabelecimento do controle glicêmico, os relatos evidenciaram que as orientações nutricionais para o diabético, muitas vezes, restringem-se à proibição de massas e açúcares. Poucos evidenciaram dieta equilibrada e fracionada.

Proibiram (ou restringiram) massas e açúcar (P4, P6, P7, P8, P9, P10, P11).

Inúmeros participantes evidenciaram dúvidas sobre o que poderia ser ingerido e, na maioria dos casos, o desconhecimento desencadeou insegurança e ansiedade nas escolhas. Ainda, as dificuldades financeiras, decorrentes do desemprego, e a falta de apoio familiar também ocasionam impedimentos na adesão terapêutica.

Alimentação. Meu marido não gosta de comida sem sal e sempre pede para eu fazer doce (P4).

A família não ajuda, minha mulher morreu, eu não sei cozinhar. E gosto de tomar café preto com açúcar (P10). Como eu posso comer certo se não tenho dinheiro para comprar as coisas sem açúcar? (P12).

É importante ressaltar que a adesão terapêutica também envolve fatores psicossociais, pois esses “são as influências mais importantes que afetam o cuidado e o tratamento do diabetes”.¹⁰ Alguns autores consideram que as “relações familiares podem prever a adesão do diabético ao tratamento”.¹¹ O apoio familiar influencia positivamente no processo de adesão e autocuidado do DM2.

Além disso, a comunicação reduzida entre profissional e paciente contribui para baixa adesão ao tratamento. Muitas vezes, o serviço necessita de profissionais preparados para o acolhimento e orientação ao diabético. Segundo a categorização de Bardin,⁷ foi possível constatar que a intervenção trouxe resultados positivos. Os participantes evidenciaram que o aumento do apoio e o compartilhamento de informações em grupo foram benéficos. Ainda, alguns apontaram a importância de conhecer novas pessoas e saberem que não estão sozinhos.

É bom ficar informado. Eu gostei (P2).

Para mim as reuniões estão sendo muito boas, pois estou aprendendo muito. Aprendi como me alimentar e sobre a doença (P5).

Achei muito bom, vi muitas pessoas com diabetes, então tem muita gente: crianças e adultos, pelo que nós conversamos, deixa a gente mais animado. Gosto de participar. Falei pra minha filha que tem muitas pessoas com diabetes (P10).

Obrigada por cuidar da gente! (P11).

A partir dos relatos dos participantes, evidenciou-se que o sucesso da adesão ao tratamento do diabetes depende de três elementos fundamentais: o indivíduo, o serviço de saúde e a terapêutica.

O indivíduo, inserido num contexto familiar e social, busca compreender sua doença. O serviço de saúde necessita de preparo profissional para acolher e realizar a educação de forma satisfatória. E a terapêutica consiste na estruturação de uma linha de cuidado ao paciente diabético que garanta a realização de consultas multiprofissionais, disponibilidade farmacêutica e oferta de exames de rotina.

Um serviço de saúde bem preparado consegue vincular o indivíduo e fornecer a educação necessária à adesão terapêutica. Da mesma forma, o serviço de saúde e a terapêutica alinhada com as necessidades individuais proporcionam a compreensão da doença e melhoram a qualidade de vida. Essa situação está esquematizada na Figura 1.

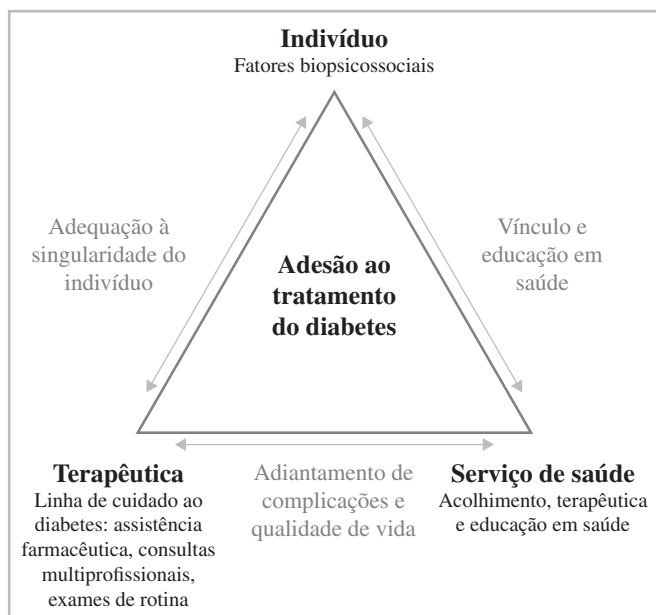


Figura 1. Elementos essenciais para adesão ao tratamento do diabetes.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados evidenciou que a comunicação reduzida entre profissional e paciente contribuiu para falhas no entendimento nutricional, ocasionando baixa adesão ao tratamento. Ainda, a falta de apoio familiar e o desconhecimento sobre a doença desencadearam insegurança e favoreceram o abandono da terapêutica. No entanto, 41% dos participantes reduziram seus índices glicêmicos durante o estudo.

A intervenção criou um espaço, entre profissionais e usuários, para compartilhamento informacional. Além disso, a relação de respeito e confiança foi aperfeiçoada durante a pesquisa e isso contribuiu para que o participante se apropriasse de forma mais efetiva e consciente do seu tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira SRG, Pititto BA. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. In: Tambascia M, Minicucci WJ, Pimazoni Netto A (Eds.). Diabetes na prática clínica: módulo 1 [e-book]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira do Diabetes; 2014 [acesso em 20 out. 2016]. cap. 1. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>
2. International Diabetes Federation. Atlas do Diabetes 2015: atualização [Internet]. 7ª ed [acesso em 10 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.mpd.org.br/images/2015atlas.jpg>
3. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1077-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500007>
4. Cattalini M, Marin DA, Mucci NO, Prado SER, Vidal VGO, Catallini SAC, et al. Resposta dos marcadores bioquímicos de portadores de síndrome metabólica após intervenção educacional junto aos familiares. CuidArte Enferm. 2011;5(2):81-9.
5. Seramin CMS, Danze L, Oliveira KCS. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP. Rev Fafibe On-Line. 2013;6:130-9.
6. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Inquérito de saúde no município de São Paulo: ISA capital 2008: questionário completo [Internet]. São Paulo: USP; 2008 [acesso em 10 maio 2016]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/questionarioisa2008.pdf>
7. Bardin L. Análise do conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010/ABESO. 3ª ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010;33(Suppl. 1):S62-9. DOI: 10.2337%2Fdc10-S062
11. Malerbi FEK. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In: Tambascia M, Minicucci WJ, Pimazoni Netto A (Eds.). Diabetes na prática clínica: módulo 3 [e-book]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira do Diabetes; 2014 [acesso em 20 out. 2016]. cap. 9. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/53-adesao-ao-tratamento-importancia-da-familia-e-intervencoes-comportamentais-em-diabetes>

Como citar este artigo:

Almeida JS, Almeida JM. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de saúde da família. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(1):13-7. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a4