

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DEUSALENE BRANDÃO**

**ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA ADESÃO DE PACIENTES COM DIABETES  
MELLITUS TIPO 1 AO TRATAMENTO: ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS  
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DEUSALENE BRANDÃO**

**ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA ADEÇÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 AO TRATAMENTO: ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado “**ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA ADESÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 AO TRATAMENTO: ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**” de autoria da aluna **MARIA DEUSALENE BRANDÃO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais e familiares que compartilharam as alegrias e as dores desta busca infinita de sabedoria e souberam transmitir-me amor, coragem e determinação para que eu seguisse em frente mesmo com minhas fragilidades.*

*Às crianças e adolescentes do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) da cidade de Fortaleza-CE, por partilharem da construção deste estudo consentida e espontânea, tornando-a possível, por sua compreensão, presteza e muita paciência.*

Muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

*À Suprema Sabedoria Infinita, pela Luz, Vida, e Amor Generoso de Deus que me iluminam e me fortalecem, com sua energia Espiritual e Divina, fazendo-me acreditar na generosidade da vida.*

*À Profa. Ma. Meire Nishikido Suzuki orientadora deste TCC, os sinceros agradecimentos pela imensa colaboração, presteza e contribuições para o referencial, análise e coerência na orientação deste trabalho.*

*À Tutora, Profa. Fabíola Santos Ardigo, pelo brilhante acompanhamento, com paciência e dedicação do Curso.*

*À UFSC, Coordenações, Tutoria, Professores e Tutores, pelo apoio à pesquisa realizada através do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).*

*As colegas de trabalho da Unidade Secundária de Saúde (CIDH), Angela Delmira Mendes, Thereza Magalhães Moreira, Amanda Newle, que me ajudaram a vencer barreiras, compartilhar alegrias e experiências na obtenção dos meus objetivos.*

*Manifesto os sinceros agradecimentos a Jessica Ravena Brandão de Castro graduanda em Psicologia que muito ajudou na digitação e a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.*

*A Direção do CIDH e a todos os Funcionários da Instituição, meus sinceros agradecimentos.*

*À banca examinadora pelo auxílio na análise deste estudo.*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>02</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>06</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>06</b>
<b>5. RESULTADO E DISCURSÕES.....</b>	<b>13</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Materiais utilizados nas dinâmicas educativas.....	07
<b>Figura 2.</b> Trabalhos desenvolvidos e apresentados pelos pacientes.....	08
<b>Figura 3.</b> Nutricionista e Endocrinologista ensinam interpretar mapa glicêmico e correlaciona os diários alimentares.....	09
<b>Figura 4.</b> Lanche antes da coleta de teste de glicemia pós-prandial.....	11
<b>Figura 5.</b> Atividades realizada durante a Confraternização.....	12

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Dificuldades referentes ao tratamento da DM1 autoreferidas pelos pacientes, antes e após a realização da atividade educativa .....	14
---	----



## **RESUMO**

O objetivo do trabalho foi propor estratégias educativas para o aumento da adesão de pacientes com DM1 ao tratamento. Trata-se de uma atividade de intervenção educativa realizada com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com DM1. A atividade ocorreu entre janeiro de 2013 a janeiro de 2014. O presente estudo foi realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, localizado no município de Fortaleza, referência no tratamento do Diabetes no Estado do Ceará. O estudo abrange o relato de intervenções educativas junto a 150 crianças e adolescentes de 0 à 18 anos, com DM1. Que foram selecionadas durante a consulta de enfermagem e apresentavam problemas e dificuldades na adesão ao tratamento do DM1. Foi possível observar uma melhor convivência com o diabetes por meio do processo educativo, gerando o aumento da satisfação terapêutica desse público, contribuindo para maior adesão. A educação em saúde esclarece aspectos da doença e do tratamento, adequando questionamentos sobre uma melhor qualidade de vida, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, lazer, e uso adequado dos medicamentos. Com o aumento de informações dos participantes sobre a temática, foi possível perceber um comportamento preventivo e maior adesão. Conhecendo as dificuldades de crianças e adolescente com diabetes, pudemos destacar a importância das estratégias e intervenções em saúde como um recurso poderoso para o controle glicêmico, diminuindo complicações crônicas do diabetes.

**Descritores:** Diabetes Mellitus Tipo 1, Adesão Terapêutica, Educação em Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença crônica caracterizada pela destruição autoimune das células beta pancreáticas, ocasionando uma deficiência absoluta de insulina. Complexa e com prevalência crescente em todo o mundo constitui uma das grandes epidemias e problemas de saúde pública do século XXI (BRASIL, 2009).

O tratamento inclui insulinoterapia, dieta balanceada e exercícios físicos; estes deverão ser trabalhados ao longo do tempo em programa de educação continuada, com ênfase para o auto cuidado em diabetes. Para tal, os profissionais de saúde precisam adotar abordagens diferenciadas, como utilização de tecnologias de informação e comunicação, a fim de que ocorra o estímulo à reflexão, pesquisa e a uma discussão continuada e permanente (SBD, 2009). Deve-se também enfatizar a corresponsabilização do paciente, viabilizando assim, a efetividade do tratamento (BRASIL, 2006).

Estudos prévios têm demonstrado o impacto positivo dos esquemas de insulinoterapia intensivo no controle glicêmico, diminuindo a evolução para as complicações crônicas diabéticas. Sabe-se que o tratamento intensivo com insulina aliado ao processo educativo e à auto monitorização glicêmica (AMG) promove autonomia do paciente com relação ao autoajuste nas doses de insulina, diminuição das complicações hiperglicêmicas e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida do paciente portador de DM1.

Atualmente os pacientes com DM1 de um Centro de Referência do Estado do Ceará recebem insumos para a AMG, com orientação para realizar três glicemias diariamente e recomendação para fazer sete pontos de glicemias durante os três dias que antecedem à consulta de enfermagem e médica. No grupo atendido, existem, porém, diabéticos descompensados ainda em esquema convencional de insulina, ou em terapia intensiva, com baixa adesão às orientações durante as consultas com a equipe multidisciplinar.

O desafio neste grupo de pacientes é efetivar a terapia insulínica com múltiplas doses diárias (MDD) como parte de um programa de tratamento interdisciplinar que inclua a prática de ajustes nas doses de insulina guiados pela contagem de carboidratos e glicemia pré-prandial, motivando-os à adesão contínua para torná-los mais autônomos no seu tratamento e mais metabolicamente controlados. Portanto há necessidade de um processo educativo que capacite os

pacientes à realização dos ajustes nas doses, contar carboidratos e corrigir a dose de insulina após glicemias capilares, para o melhor ajuste na terapêutica.

A pessoa com DM1 requer cuidados de enfermagem e da equipe interdisciplinar, tais como educação permanente na prevenção das complicações agudas e crônicas. A educação é fundamental para informar, motivar e fortalecer o adolescente com diabetes.

Em razão da dificuldade no tratamento e controle do DM1, fez-se necessário levantar os problemas do cotidiano do serviço de enfermagem do ambulatório, evidenciando as dificuldades que levam os pacientes a negligenciarem o controle da glicemia e a adesão ao tratamento. Ao elencar os problemas encontrados, surgiram propostas para minimização dos problemas mais graves e melhoria do controle glicêmico, resultando na diminuição das complicações incapacitantes e óbitos.

Modificações nos hábitos de vida relacionados à alimentação saudável e atividade física, monitorização da glicemia capilar, uso diário de medicamentos e de insulina constituem os fundamentos da terapia. Torna-se necessário também o desenvolvimento de ações educativas de saúde dirigidas ao paciente, visando prevenir complicações por meio do auto cuidado, possibilitando melhor adaptação da pessoa com diabetes à doença.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

O DM1 compreende 5% a 10% dos casos de diabetes e é o resultado da destruição das células beta pancreáticas, com conseqüente deficiência de insulina (GROSSI; PASCALI, 2009).

Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por um processo autoimune, porém existem casos em que não há evidências deste processo, sendo referidos como forma idiopática de DM1. A taxa de destruição das células beta é variável, sendo, em geral, mais rápida entre as crianças. A forma lentamente progressiva ocorre em adultos, sendo referida como “*latent autoimmune diabetes in adults*” (LADA) (CAL SOLARI et al., 2008).

O diagnóstico de DM1 geralmente é feito ainda na infância, verificando-se sua incidência máxima no início da adolescência. Está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como neuropatias. Também pode levar à cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por

gastos expressivos com saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (ASSUNÇÃO; SANTOS, 2001).

A doença crônica é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, além de ação contínua e concomitante. Requer estratégias necessárias para mudanças de estilo de vida do doente, necessitando de um preparo mental para adaptar-se e ter cuidados de prevenção e promoção da saúde por meio da ajuda de uma equipe multiprofissional. Exige estratégias para lidar com os sintomas e enfrentar as mudanças no estilo de vida, nas relações familiares e sociais. Há necessidade de um enfoque na prevenção e autonomia, necessitando um olhar de toda equipe multiprofissional de saúde. Possui tempo de evolução prolongado, com múltiplos fatores de risco e exigência de cuidados contínuos e permanentes. O profissional necessita de mudança de paradigma na diferença de uma doença aguda para crônica com ações integrativas, novas habilidades em comunicação para educação em aconselhamento. Deve enfatizar a prevenção, que inclui a detecção precoce, prática de atividade física, redução do tabagismo, etilismo e alimentação saudável (UNASUS, 2012).

Existe uma necessidade de que as práticas de saúde responsabilizem os próprios pacientes e familiares pelo tratamento. No caso específico do diabetes, 95% do tratamento está centrado na responsabilidade dos pacientes e familiares (OMS, 2003).

Persiste o desafio de promover terapêuticas que realmente estimulem os clientes para a mudança consciente do estilo de vida, tarefa árdua que a equipe de saúde enfrenta e com a qual se compromete diariamente.

Na equipe, destacamos o enfermeiro, pois o papel do enfermeiro no cuidado às pessoas com diabetes está, principalmente, centrado na educação em saúde, que se dá nos diferentes cenários de prática. Essa educação é um dos principais instrumentos para modificação do quadro atual de progressão do DM1 e as suas complicações. Cuidar de pessoas com DM1 é um desafio que os enfermeiros precisam estar preparados para enfrentar. O conhecimento acerca dos aspectos clínicos e das políticas públicas é fundamental, porém precisa estar aliado à sensibilidade e ao interesse pelo outro, de modo a iniciar na prática de cuidados a percepção do ser humano integral (PROENF, 2008).

Um dos objetivos do programa de educação em diabetes é formar uma rede de profissionais, dispostos a divulgar os benefícios de ações de promoção em saúde em diabetes.

Pretende-se com isso que um maior número de pessoas com diabetes receba e coloque em prática essas estratégias de cuidado, a fim de evitar as complicações, os altos gastos financeiros e para fazer com que todos tenham qualidade de vida satisfatória (COELHO, 2009).

Na consulta de enfermagem são realizadas ações educativas como o ensino da técnica de administração de insulina, monitorização da glicemia capilar, orientação quanto à prática de atividades físicas e de uma alimentação saudável; tendo sempre a participação do usuário, familiares e profissionais (UNASUS, 2013).

A prática educativa no cotidiano de trabalho é a educativa libertadora. A realização de uma prática educativa que busque a transformação da realidade com envolvimento dos indivíduos e profissionais. Essa forma de educação valoriza troca de saberes, e oportuniza uma construção ativa, criativa, reflexiva e crítica do ser humano, contribuindo para a promoção da cidadania. (UNASUS, 2013).

Atuar na prevenção torna-se primordial, pois levará à melhoria do prognóstico do paciente com DM1 e, conseqüentemente, ao aumento de sua qualidade de vida. Assim, a intenção é evitar que o quadro do diabetes se agrave, acometendo outros órgãos e sistemas. Para isso, é necessária capacitação constante e ação no sentido de levar os pacientes a uma reflexão sobre o modo como percebem/sentem, não só a doença, mas também a saúde, incentivando-os na busca de maior conhecimento para seu auto cuidado e autonomia. Assim, todos os esforços na busca do controle da doença pela orientação do paciente acerca do tratamento é importante (GROSSI, 2011).

É preciso conscientizar o paciente e sua família sobre os riscos da doença. A informação é uma poderosa arma. As doenças crônico-degenerativas são doenças silenciosas, não transmissíveis, que causam grandes estragos. O diabético é o maior responsável pela sua qualidade de vida, pois aceitar que está doente e contribuir para a evolução satisfatória do tratamento é um grande passo (BRASIL, 2010). Portanto, melhorar a forma de gestão dos cuidados desses pacientes é de suma importância, pois sabemos que o nível primário e secundário de atenção torna-se elemento essencial nessa caminhada.

Na perspectiva tanto do paciente como do profissional da saúde, o tratamento do DM1 é complexo e difícil de ser realizado, o que tem acarretado dificuldade no controle da doença. Modificações no estilo de vida, relacionadas à alimentação saudável, à realização de atividade

física, monitorização da glicemia capilar, uso diário de medicamentos e de insulina, além do acompanhamento médico periódico, constituem os fundamentos da terapia. Torna-se necessário o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas ao paciente, visando a prevenção de complicações pelo seu auto cuidado, disponibilizando estratégias alternativas que possam melhorar sua adaptação a essa condição crônica.

Por meio de um programa educativo bem estruturado, é possível levar conhecimento ao cliente e seus familiares sobre a doença e o seu controle, bem como a motivação necessária para a adesão ao tratamento, desmistificando situações e proporcionando a troca de experiências entre grupos de diabéticos. Desta forma, muito se contribui para uma mudança de hábitos e, por conseguinte, na qualidade de vida, tornando a doença mais leve e aceitável e retardando suas complicações. Ao aprender a lidar com a doença e desenvolver a prática do auto cuidado, o diabético adquire as ferramentas indispensáveis para assumir as responsabilidades como parte do seu tratamento e prevenção das complicações (GROSSI; PASCALI, 2009).

No cotidiano da consulta de enfermagem no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), foi realizado a escuta ativa e a observação das dificuldades apresentadas pelas crianças, adolescentes e seus familiares na adesão ao tratamento, sendo a maioria dos problemas referentes ao tratamento: 1) Dificuldade na auto-aplicação da insulina e na auto monitorização da glicemia capilar domiciliar; 2) Transgressão alimentar; 3) Não aceitação da doença; 4) Verbalização de dificuldade com os regimes terapêuticos prescritos ( múltiplas dose de administração de insulina, alimentação saudável e necessidade de exercícios físicos regulares moderados). Em decorrência desses entraves, foi possível verificar muitos casos em que ocorreram descompensação diabética, culminando em crises de hiperglicemia com necessidade de hospitalização por cetoacidose diabética, e também de hipoglicemia, com severas convulsões e necessidade de atendimento emergencial.

Realizado o diagnóstico do problema, em reunião com a equipe de saúde, foram propostas medidas que pudessem melhorar o entendimento e conhecimento dos pacientes sobre sua condição de portador de DM1, a fim de que a adesão ao tratamento se tornasse mais efetiva, resultando assim, em diminuição de intercorrências e melhoria da qualidade de vida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVOS GERAIS**

- Identificar os principais problemas e dificuldades que o portador de DM1 enfrenta para aderir ao tratamento.
- Melhorar a adesão e aceitação do tratamento através de atividades educativas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Planejar e executar oficinas de orientação/educação para os pacientes com DM1 de um Centro de Referência de Tratamento de Diabetes, em Fortaleza/CE.

### **4 METODOLOGIA**

Trata-se da elaboração de uma intervenção educativa, aplicada com o propósito de aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com DM1.

O presente estudo foi realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, localizado no município de Fortaleza, referência no tratamento do Diabetes no Estado do Ceará, constitui-se como Unidade Secundária de Saúde, com atendimentos a usuários diabéticos, hipertensos e a crianças em puberdade precoce. A equipe local é formada por médicos endocrinologistas, enfermeiras, nutricionistas, e outros especialistas.

Conforme dados do IBGE (2010), Fortaleza possui cerca de 2.551.806 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 314.930 km<sup>2</sup>. O número de equipes de Saúde da Família saltou de 101 em 2004, para 248 equipes em 2014 (DATASUS, 2014).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2013 a janeiro de 2014; sendo incluídos no estudo crianças (até doze anos de idade incompletos) e adolescentes (entre doze e dezoito anos de idade) (BRASIL, 1990).

Atualmente estão em tratamento 2552 pacientes com DM1 no CIDH, os quais são acompanhados no Ambulatório do Programa de Educação Continuada. Destes, 1.475 são do sexo feminino e 1077 do sexo masculino, 2050 (80.33%) procedem de Fortaleza e 502 (19.67%) do interior do Estado do Ceará, sendo que 1964 possuem idade entre 0 a 18 anos.

Destes 1964 pacientes foram selecionados somente 150 devido à viabilidade de execução. Tais pacientes foram selecionados durante a consulta de enfermagem de acordo com os seguintes critérios: 1) quadro de DM1 descompensada (presença de hiperglicemia, hipoglicemia severa, internações por cetoacidose diabética); 2) Exames laboratoriais alterados (hemoglobina glicada acima de 7% e microalbuminúria acima de 30mg/dl); 3) Não aceitação do diabetes; 4) Transgressão alimentar; 5) Déficit de autocuidado na administração da insulina; 5) Presença de lipodistrofia; 6) Sedentarismo.

A partir desse grupo maior foram formados subgrupos, com no máximo 20 pacientes cada. Foram propostas diversas atividades educativas, sendo alguns materiais utilizados nas dinâmicas apresentados na Figura 1.



**Figura1.** Materiais utilizados nas dinâmicas educativas

Tais atividades propostas foram realizadas em Sala de Espera, e feitas na sequência a seguir.



- 1) **Primeiro Encontro:** Inicialmente para apresentação dos subgrupos foi utilizada uma estratégia para descontrair os participantes, com formação de duplas, na qual cada participante procura conhecer características do seu par, apresentando-o ao subgrupo. Em seguida foi exposta a proposta do projeto em questão pelo profissional de saúde responsável pelo subgrupo. No final das discussões era escolhido um relator de cada subgrupo, o qual fazia a apresentação dos resultados, discutindo no final no grupo maior.
- 2) **Segundo encontro:** Foi mantida a formação inicial dos subgrupos. Questões norteadoras foram apresentadas durante a palestra, tais como: O que é Diabetes? Como aplicar e fazer o rodízio dos locais de aplicação? Como guardar o frasco de insulina em uso? Qual a importância da monitorização da glicemia capilar? Como descartar a seringa com segurança?. Buscando a internalização dos conceitos pelos pacientes, foi proposto a montagem de painéis com figuras escolhidas e recortadas de revistas tendo por base os assuntos abordados, no final, cada subgrupo apresentava seu trabalho e explicitava o que queria demonstrar (Figura 2).



**Figura 2.** Trabalhos desenvolvidos e apresentados pelos pacientes

- 3) **Terceiro encontro:** Cada participante, em seu subgrupo, escreve uma redação de 10 linhas sobre a questão norteadora: Problema e dificuldade no tratamento do diabetes. Após 15 minutos cada um fala da suas principais dificuldades e o que fazer para melhorar

essa adesão. No final é realizada uma reflexão de um compromisso consigo mesmo sobre o seu autocuidado referente ao DM1. Os problemas identificados foram analisados inicialmente pelo subgrupo, e posteriormente pelo grupo maior através da escolha de um relator para a apresentação dos resultados.

- 4) **Quarto encontro:** Foi realizada uma explicação sobre como preencher o mapa de auto monitoramento glicêmico e o diário alimentar, os quais foram utilizados em todas as reuniões seguintes. Foi também ensinado como fazer o teste de glicosimetria e distribuído o formulário “Diário Alimentar” e “Diário de controle Glicêmico.”
- 5) **Quinto encontro:** Foi realizada uma palestra sobre o mecanismo da doença, suas complicações agudas e crônicas, metas glicêmicas e o papel da insulina no tratamento; após foi proposta uma reflexão sobre o que é ou não adequado para o controle do diabetes (a partir de recortes de gravuras trazidas pelos pacientes sobre diabetes). Após uma nutricionista realizou a interpretação de dois mapas glicêmicos correlacionando com os diários alimentares (Figura 3).



**Figura 3.** Nutricionista e Endocrinologista ensina interpretar mapa glicêmico e correlaciona com os diários alimentares

- 6) **Sexto encontro:** Para motivar e descontrair os pacientes foi realizada uma atividade de alongamento com música instrumental. Em seguida, nos subgrupos, foi discutida a vivência sobre a experiência de cada um no tratamento do diabetes, analisando vantagens

e desvantagens (dificuldades) em aderir ao tratamento, por fim foram realizadas, no grupo maior, orientações sobre a dieta, lista de substituições e correção de hipoglicemia, bem como o ajuste terapêutico da dieta e/ou da dose da insulina.

- 7) **7º Encontro:** Foi utilizada a dinâmica da semente, em que cada paciente, no subgrupo, apresenta sua perspectiva de vida futura, estabelecendo metas de mudança de comportamento e tratamento em curto prazo. Após, no grupo maior, foram dadas orientações pela enfermeira sobre as técnicas de aplicação de insulina, problemas e dificuldades, barreiras psicossociais, mitos e verdades sobre insulina, além da interpretação de dois mapas glicêmicos diários e o ajuste terapêutico da dieta e/ou da dose da insulina.
- 8) **8º Encontro:** A dinâmica utilizada foi o entrelaçamento com rolo de lã, na qual foram trabalhadas a prevenção e a mudança de estilo de vida, com o estabelecimento de metas a médio e longo prazo. Foi também aplicado pela enfermeira o jogo de Memória sobre Diabetes, em que se aborda o ajuste terapêutico da dieta e/ou da dose da insulina. Após, foi feita uma avaliação final da atividade realizada com pacientes e equipe. Foram ofertados lanches (Figura 4) e os pacientes encaminhados para a coleta de teste de glicemia pós-prandial.



**Figura 4.** Lanche antes da coleta de teste de glicemia pós-prandial

- 9) **9º Encontro:** Foi apresentado um vídeo sobre o auto cuidado em diabetes, em seguida cada participante é orientado a escrever uma redação de 10 linhas, tendo como tema norteador: Problemas e dificuldades no tratamento do diabetes. Após 15 minutos, no subgrupo, cada um fala da suas principais dificuldades e o que fazer para melhorar essa adesão. Os problemas identificados foram analisados inicialmente pelo subgrupo e, posteriormente, pelo grupo maior, através da escolha de um relator. No final da oficina os subgrupos fizeram uma leitura sob o comportamento de auto cuidado.
- 10) **10º Encontro:** Foram realizadas ações de educação em saúde no cuidado com o pé diabético através de dinâmicas de duplas em pé com folhas de papel branco, onde é colocado o pé e realizado desenho para avaliar alterações. Foi feita a discussão por meio de dramatização sobre os cuidados com os pés e observação dos pés dos demais participantes. Foi também demonstrada a técnica do exame dos pés.
- 11) **11º Encontro:** Foi utilizada a dinâmica Terapia do Sorriso, onde todos em círculo se abraçam e dão um sorriso vindo da alma, em toda sua plenitude para poder compreender o tema: complicações crônicas do diabetes, para tal foi utilizada a metodologia problematizadora, entendendo que esta é de fundamental importância em todo processo

educativo em saúde, especialmente em relação ao DM1, pois temos que considerar o paciente como sujeito ativo, detentor de conhecimento e vivência sobre a doença e obter envolvimento e o comprometimento com o tratamento mais eficaz, minimizando a probabilidade da ocorrência de complicações decorrentes da doença.

**12) 12º Encontro:** No último encontro foi realizado a Confraternização Natalina, com a Presença da Direção do CIDH e da Equipe Interdisciplinar, os participantes e familiares. Presença, também do Papai Noel e do Palhaço Picolé com realização de atividades lúdicas (Figura 5). Inicialmente foi realizada a abertura com uma dramatização sobre o nascimento de Cristo, preparada pelos próprios pacientes, além de um musical natalino. Houve ainda uma peça teatral encenada pelos pacientes sobre o diagnóstico inicial do DM1. Foi distribuído um lanche especial de Natal e também feito um amigo secreto.



**Figura 5.** Atividades realizadas durante a Confraternização Natalina

Como este trabalho está inserido na prática e não se trata de projeto de pesquisa, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo realizadas descrições dos sujeitos ou das condições assistenciais, apenas a intervenção em si e os dados resultantes dessa intervenção.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível observar uma melhor convivência com o diabetes por meio do processo educativo, gerando o aumento da satisfação terapêutica desse público, contribuindo para maior adesão. A educação em saúde esclarece aspectos da doença e do tratamento, adequando questionamentos sobre uma melhor qualidade de vida, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, lazer, e uso adequado dos medicamentos. Com o aumento de informações dos participantes sobre a temática, foi possível perceber um comportamento preventivo e maior adesão.

A Tabela 1 apresenta as dificuldades referentes ao tratamento autoreferidas pelos pacientes, antes e após a realização da atividade educativa.

**Tabela 1.** Dificuldades referentes ao tratamento da DM1 autoreferidas pelos pacientes, antes e após a realização da atividade educativa

<b>Dificuldades autoreferidas</b>	<b>Número de relatos antes da intervenção</b>	<b>Número de relatos após a intervenção</b>
Auto-aplicação de insulina	141 (94.0%)	30 (20.0%)
Aplicação de insulina 3x ao dia	138 (92.0%)	09 (6.0%)
Controle glicêmico adequado	142 (94.6%)	13 (8.6%)
Episódios de hiperglicemia	136 (90.6%)	17 (11.3%)
Transgressão alimentar	137 (91.3%)	24 (16.0%)
Não aceitação do DM1	126 (84.0%)	18 (5.3%)
Regimes terapêuticos	147 (98.0%)	08 (94.6%)
Administração de insulina	134 (89.3%)	11 (7.3%)
Contagem de Carboidratos – CHO	126 (84.0%)	23 (15.3%)
Bolos de correção de insulina	128 (85.3%)	21 (14.0%)

Praticas de exercícios	143 (95.3%)	35 (23.3%)
Descompensação diabética	135 (90.0%)	19 (12.6%)
Hipoglicemia severa	28 (18.6%)	03 (2.0%)
Hospitalização por cetoacidose	15 (10.0%)	02 (1.3%)
Micoses, calosidades e infecções nos pés	138 (92.0%)	15 (10.0%)
Falta de Conhecimento em DM1	134 (89.3%)	12 (8.0%)
Desmotivação no Autocuidado	140 (93.3%)	14 (9.3%)
Glicemia capilar três vezes por dia	133 (88.6%)	10 (6.7%)
Desconhecimento das complicações crônicas	135 (90.0%)	06 (4.0%)
Baixa auto-estima	133 (88.6%)	17 (11.3%)

Após as estratégias de educação em DM1 utilizadas nos grupos, oficinas e sala de espera verificou-se que após a realização das atividades educativas, os participantes demonstraram uma melhor aceitação do diabetes com diminuição das dificuldades autoreferidas. Aumentaram o conhecimento das complicações crônicas e melhoraram a motivação para o autocuidado. Muitos sanaram suas dúvidas sobre a técnica correta de aplicação da insulina e aceitaram melhor o regime terapêutico do tratamento do DM1, apresentando assim um melhor controle glicêmico.

O impacto da educação é mínimo quando os pacientes não mudam seus padrões de comportamento. É importante que os profissionais identifiquem estas dificuldades relacionadas ao paciente, ao suporte familiar, social e dos serviços de saúde, assim como aquelas decorrentes da complexidade dos esquemas terapêuticos, condição essencial nos programas educativos no sentido de reverter tais problemas e dificuldades ou ainda de desenvolver estratégias eficazes para o enfrentamento da adesão à terapêutica (GROSSI, 2009).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida com autonomia (BRASIL, 2006).

Um dos objetivos do programa de educação em diabetes é formar uma rede de profissionais dispostos a divulgar os benefícios de ações de promoção em saúde em diabetes. Pretende-se com isso que maior número de pessoas com DM1 receba e pratique essas estratégias de cuidado, a fim de evitar complicações da doença e seus altos gastos, além de que todos tenham qualidade de vida satisfatória (BRASIL, 2009).

A educação em saúde, hoje, é um dos elementos complementares na prevenção e promoção da saúde de toda a população, sendo elo importante nesta forma de gestão do cuidado. Para o enfrentamento desta situação, é necessário que as ações de prevenção, controle e acompanhamento sejam implementadas em todos os níveis de atenção primária e secundária. Debater, aprender, pensar na promoção da saúde, no cuidado dos usuários, na prevenção de agravos e em meios para melhoria da qualidade de vida da população, deve ser o grande objetivo daqueles que trabalham em saúde pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecendo as dificuldades de crianças e adolescente com diabetes, podemos destacar a importância das estratégias e intervenções em saúde como um recurso poderoso para o controle glicêmico, diminuindo complicações crônicas do diabetes.

Houve aumento significativo na adesão do paciente à aplicação do esquema de insulina de múltiplas doses diárias, auto monitorização e contagem de carboidratos, não ocorrência de complicações agudas (cetoacidose diabética e hipoglicemias severas). Estes resultados comprovam que a educação e a conscientização de pacientes com DM1 podem contribuir para o melhor controle metabólico e prevenção de complicações.

Atuar na perspectiva da prevenção é a meta ideal. Isso certamente prevenirá novos casos e gerará melhoria na qualidade de vida das pessoas com diabetes. Portanto, melhorar a forma de gestão dos cuidados desses pacientes na unidade foi de suma importância, pois sabemos que o nível primário e secundário de atenção torna-se elemento essencial nessa caminhada.

Considerando que o processo educativo e a promoção da saúde estão intimamente relacionados, o impacto das ações de promoção da saúde em jovens com diabetes certamente



contribuirá para o controle da doença, diminuindo a morbimortalidade e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S. dos; GIGANTE A. D. P. **Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Brasília : Ministério da Saúde, 2011
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. – 3ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - diabetes mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2006. – Brasília, 160 p.
- \_\_\_\_\_. Decreto Lei nº 94.406/87 de 8 de junho de 1986. Regulamenta a lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. DOU: 9 de junho 1987. Seção I, p. 8853-8855.
- COELHO, E. B. S.; BÜCHELE, F.; CALVO, M. C. M. **Estratégia nacional para educação em saúde para o auto cuidado em Diabetes Mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, Ministério da Saúde, 2009.
- CALSOLARI, M. R. et al. **Diabetes auto-imune latente do adulto ou diabetes mellitus tipo 2 magro?**. Arq Bras Endocrinol Metab, v.52, n.2, p. 315-321, 2008.
- GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. de. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**. Itapevi, SP: A.C. Farmacêutica. 2011. 167 p.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 167 p. Disponível online em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.
- PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Saúde da criança e adolescente. [organizado pela] Associação Brasileira de Enfermagem. Coordenadora – Geral: Carmen Elizabeth Kalinowki. – Porto Alegre: Artmed / Pan americana. Editora, 2006. 178 p. v.1.
- SBD.Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da S. B. D. Sociedade de Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro. 2009.