



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

## *Health education in adherence to treatment for diabetic patients*

Educação em saúde na adesão ao tratamento por pacientes diabéticos  
Educación para la salud en la adhesión al tratamiento para pacientes diabéticos

Rumão Batista Nunes de Carvalho<sup>1</sup>, Zália Lidiane Cavalcante de Deus<sup>2</sup>, Juliana Gonçalves da Silva<sup>3</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>4</sup>, Gerdane Celene Nunes Carvalho<sup>5</sup>

### ABSTRACT

**OBJETIVO:** The objective was to assess the knowledge of patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) before and after educational interventions. **METODOLOGIA:** This is a prospective intervention study with 87 patients enrolled in the program HIPERDIA. Data were collected between August and October 2011, using a questionnaire and semistructured questionnaire before and after the educational interventions to assess their knowledge about DM2. **RESULTADOS:** Of the sample 67.8% were women, 45.3% were aged between 51 and 68 years, 73.6% had incomes of up to two minimum wages and 63.2% have finished elementary school. Regarding knowledge before the intervention 80.0% had little to good level of knowledge, while in the post-test most had from good to more than good knowledge, with 29%, 4% and 58.8%, respectively. **CONCLUSÃO:** It is concluded that health education is an instrument in the construction of knowledge focused on adherence to treatment and a simple means to increase the quality of life.

**Descriptors:** Health Education. Diabetes Mellitus Type 2. Patient participation.

### RESUMO

**OBJETIVO:** Objetivou-se avaliar o conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) antes e após intervenções educativas. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo prospectivo e de intervenção, com 87 pacientes cadastrados no programa HPERDIA. **RESULTADOS:** Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2011, utilizando-se formulário semiestruturado e questionário antes e após as intervenções educativas para avaliar o conhecimento destes acerca do DM2. Da amostra 67,8% eram mulheres, 45,3% tinham idade entre 51 e 68 anos, 73,6% possuíam renda de até dois salários mínimos e 63,2% cursaram o ensino fundamental. Quanto ao conhecimento, antes da intervenção 80,0% tinham de pouco a bom nível, enquanto no pós-teste a maioria teve um conhecimento de bom a mais que bom, com 29%, 4% e 58,8%, respectivamente. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a educação em saúde é um instrumento na construção de saberes voltados à adesão ao tratamento e um meio simples para o aumento da qualidade de vida.

**Descritores:** Educação em Saúde. Diabetes Mellitus Tipo 2. Participação do paciente.

### RESUMEN

**OBJETIVO:** El objetivo fue evaluar el conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) antes y después de las intervenciones educativas. **METODOLOGIA:** Se trata de un estudio de intervención prospectivo con 87 pacientes inscritos en el programa de HIPERDIA. Los datos fueron recogidos entre agosto y octubre de 2011, mediante un cuestionario y un cuestionario semi-estructurado antes y después de las intervenciones educativas para evaluar sus conocimientos acerca de la DM2. **RESULTADOS:** De la muestra un 67,8% eran mujeres, el 45,3% tenían entre 51 y 68 años, el 73,6% tenían ingresos de hasta dos salarios mínimos y el 63,2% han terminado la escuela primaria. En cuanto a los conocimientos antes de la intervención el 80,0% tenía poco que buen nivel, mientras que el post-test la mayoría tenían un buen conocimiento del bien, la mayoría con un 29%, 4% y 58,8%, respectivamente. **CONCLUSÃO:** Se concluye que la educación sanitaria es un instrumento en la construcción del conocimiento centrado en la adherencia al tratamiento y una forma sencilla de aumentar la calidad de vida.

**Descriptores:** Educación para la Salud. Diabetes Mellitus Tipo 2. La participación del paciente.

<sup>1</sup> Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, CSHNB, Picos-PI. Bolsista de Extensão. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI/CNPq. E-mail: rumaobatista@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, CSHNB, Picos-PI. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI/CNPq. E-mail: zalyande@hotmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, CSHNB, Picos-PI. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI/CNPq. E-mail: juli@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, CSHNB, Picos-PI. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFPI/CNPq. E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Picos/PI e Docente da Universidade Estadual do Piauí, Campus de Picos-PI. E-mail: gerdanecelene@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país. Em particular no DM tipo 2, a incidência e a prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas e atingindo a população na idade entre 30 a 69 anos. A DM é a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes<sup>(1)</sup>.

Os hábitos de vida da sociedade moderna, caracterizados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos, têm trazido numerosas implicações para a saúde da população, com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, DM, resistência insulínica (RI) e síndrome metabólica<sup>(2)</sup>.

O diabetes, como uma doença crônica não transmissível de grande relevância, por caracterizar um problema de saúde pública, apresenta crescentes taxas de prevalência e interferência na qualidade de vida dos portadores. Portanto, exige um manejo terapêutico rigoroso no que concerne aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. Neste prisma, torna-se imperativo o conhecimento da patologia e das medidas de autocuidado para obtenção do controle terapêutico dessa doença.

O tratamento do DM2 fundamenta-se nas seguintes estratégias: educação; modificações do estilo de vida que incluem suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares; e, se necessário, uso de medicamentos. Contudo os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso de medidas dietéticas e de exercícios<sup>(3)</sup>.

Doentes crônicos, de um modo geral, principalmente os portadores de DM, constituem-se num desafio para profissionais de saúde que com eles lidam, pois a manutenção do tratamento prescrito e a obediência consciente às condutas orientadas são de difícil aceitação e, principalmente, de incorporação de novos hábitos que poderão cercear suas vidas com base no diagnóstico da doença<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, insere-se a educação em saúde como ferramenta indispensável para operacionalizar o papel do enfermeiro no que se refere à garantia de orientações aos diabéticos sobre a patologia e as

condutas a serem seguidas para viabilizar a adesão ao tratamento.

A educação em diabetes tem envolvido equipes multidisciplinares nas atividades educativas nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, reforçando os princípios da aprendizagem para um comportamento saudável. O enfermeiro, como profissional fundamental da equipe, assume a educação em saúde como atividade inerente à sua atuação. As intervenções de enfermagem com foco no indivíduo com diabetes, incluem, além do cuidado específico, ações educativas<sup>(5)</sup>.

O potencial inerente à educação - instrumento na transformação das condições sociais - pode ser compreendido numa perspectiva "revolucionária", na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendam a superação das concepções atuais de vida da humanidade. Tem-se, então, nesta perspectiva, a educação como um elo na libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, mas constituindo-se em um instrumento da ação crítica e criativa<sup>(6,7)</sup>.

Desta forma, este estudo visa avaliar o conhecimento dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 no início, pós- imediato e sete dias após a realização das educações em saúde, pois acredita-se que os conhecimentos sobre a patologia e o tratamento interferem na adesão às condutas terapêuticas.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo prospectivo e de intervenção realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Picos/PI, com 87 pessoas com DM2. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2011, mediante o uso de formulário semiestruturado para traçar o perfil da amostra e questionário antes e após as sessões de educação em saúde, ambos em horários previamente combinados com os participantes do estudo.

Inicialmente, os participantes responderam à entrevista, onde foram colhidas informações sobre dados pessoais e socioeconômicos e, em seguida, procedeu-se à mensuração do peso e da altura para posterior cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), bem como medida da pressão arterial.

No que diz respeito aos dados antropométricos, ressalta-se que o peso foi obtido com os indivíduos descalços e com roupas leves, utilizando-se uma

balança portátil analógica com capacidade para registrar 120 Kg, acionada com o toque dos pés e posicionada em chão reto. Para avaliação da altura, usou-se uma fita métrica com precisão de 0,5 cm, fixada em parede lisa, estando os indivíduos descalços, de costas, com os pés unidos e em paralelo, com posição ereta e olhar fixo à frente. Para assegurar apropriada a medida, adotou-se uma régua sobre a cabeça desses clientes. Os valores foram avaliados conforme literatura específica<sup>(8)</sup>.

Para constatar os valores de Pressão Arterial (PA) utilizou-se aparelho validado pelo IMETRO, realizando medida indireta, empregando esfigmomanômetro e técnica palmatória e auscultatória com uso de estetoscópio. Deixa-se evidente que o manguito foi usado no tamanho apropriado ao braço do cliente, sendo posicionado de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha correspondeu a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolveu cerca de 80% do mesmo. Estabelecem-se valores conforme literatura pertinente<sup>(9)</sup>.

Após essa primeira fase foram escolhidos 40 pacientes com DM2 para compor o grupo de educação em saúde. Essa escolha se deu por conveniência, sendo convidados os que tinham facilidade e disponibilidade para ir à ESF no dia dos encontros.

A coleta de dados, no que concerne ao nível de conhecimento, envolveu as seguintes fases: a aplicação do pré-teste, a realização de oficinas e a aplicação de pós-teste, que foi imediatamente após o término das intervenções.

Aplicação do pré-teste foi de forma escrita com vistas a identificar o nível de conhecimento sobre diabetes mellitus, composto por dez questões. Estas tinham pontuação de zero a dez, e para cada uma foi atribuído o valor de 1,0 distribuído entre os itens das referidas questões. Todas elas eram de múltipla escolha e tinham mais de um item correto. Conforme estabelecido, a escolha de um item errado eliminava um item certo.

No final da correção do questionário fazia-se o somatório de cada questão e se atribuía uma nota ao participante. Assim, o nível de conhecimento dos participantes foi classificado com base em literatura pertinente<sup>(10)</sup>.

Houve cinco encontros do processo educativo, e o participante só poderia se ausentar em apenas um deles para ser incluído na avaliação do estudo. Para

uma amostra total de 40 pacientes que participaram das atividades de educações em saúde, somente 34 concluíram todos os encontros. A proposta de cada encontro foi utilizar estratégias metodológicas que chamassem a atenção para o envolvimento e a adesão ao grupo, além de ter criado oportunidade de reflexão, troca de experiências, estimulando o aprendizado dos assuntos expostos.

No primeiro encontro foi realizada a apresentação e discussão da proposta de intervenção. Nos quatro encontros subsequentes foi abordada a temática alimentação e nutrição, a prática da atividade física, os sinais e sintomas do diabetes mellitus, as complicações agudas e crônicas e os malefícios do álcool e do cigarro, respectivamente.

Após a realização das atividades educativas foi procedida a aplicação do pós-teste imediatamente após o término das intervenções. Esse pós-teste teve como finalidade aferir a assimilação dos conhecimentos transmitidos após os cinco encontros.

A análise dos dados envolveu a comparação dos resultados do pré-teste e do pós-teste imediato. Foi elaborado um banco de dados no programa Statistical Package for Social Sciences<sup>®</sup> (SPSS<sup>®</sup>) da Windows, versão 17.0. Inicialmente, os dados foram dispostos em tabelas, além de ser calculado o teste de Fisher-Freeman-Halton para comparação das proporções de pré e pós-teste.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí com CAAE: 0135.0.045.000-11. Para a realização da pesquisa os participantes do estudo foram esclarecidos dos seus objetivos, assinaram e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme as normas da Resolução 196/96, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Foi-lhes garantido anonimato e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento, bem como assegurou-se que a pesquisa não lhes acarretaria nenhum prejuízo ou complicação<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS

No que se refere ao perfil da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e econômicas, destaca-se a prevalência do sexo feminino (67,8%). Quanto à faixa etária, a maioria (45,3%) estava entre 51 e 68 anos. No que se refere ao estado civil, constatou-se que 62,1% eram casados.

Em relação ao nível socioeconômico e de escolaridade, 73,6% referiram possuir renda mensal de até dois salários mínimo; e 63,2% cursaram o ensino fundamental, respectivamente. Quanto ao estado funcional, 54,0% eram aposentados.

Da amostra verificou-se que 46,1% apresentam a doença há mais de 10 anos. Em relação à orientação fornecida no momento do diagnóstico, 88,5% afirmaram ter recebido alguma orientação.

Quanto ao tipo de tratamento indicado, verifica-se que 36,8% referiram dieta e antidiabético oral. Ao serem questionados quanto à adequabilidade desse tratamento, percebeu-se afirmação em 85,0%. Contudo, 35,6% já ficaram sem tomar os medicamentos, enquanto que 64,4% fazem uso corretamente.

80,5% dos pacientes consideram-se esclarecidos sobre o seu problema de saúde e 76,0% possuem alguma comorbidade associada. No concernente às complicações relativas ao DM2, 16,1% referiram cegueira e 55,2% relataram não possuir nenhum comprometimento associado (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das informações relativas aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 das unidades de saúde da família. picos - pi, ago./set. 2011.

Variáveis	Nº	%
<b>Tempo de conhecimento do diagnóstico</b>		
Até 1 ano	08	9,2
2 - 9 anos	39	44,8
≥ 10 anos.	40	46,0
<b>Tipo de tratamento</b>		
Somente dieta	02	2,3
Antidiabético oral	06	6,9
Insulina	2	2,3
Dieta e antidiabético oral	32	36,8
Dieta e insulina	02	2,3
Dieta, antidiabético oral e exercícios	30	34,5
Dieta, insulina e exercícios	03	3,4
Antidiabético oral, insulina, dieta e exercícios.	08	9,2
<b>Já ficou sem tomar os medicamentos</b>		
Sim	31	35,6
Não.	56	64,4
<b>Tem algum outro problema de saúde</b>		
Sim	66	76,0
Não	21	24,0
<b>Apresentou/apresenta algum comprometimento devido ao DM2</b>		
Cegueira	14	16,1
Alterações nos pés	8	9,3
Cegueira + alterações nos pés	3	3,4
Nenhum.	48	55,2

Quanto aos fatores de risco modificáveis, a amostra apresentou uma prevalência elevada de sobrepeso e obesidade, com 34,9% e (27,9%, respectivamente. No que se refere aos valores de pressão arterial, verifica-se que 19,6% apresentaram níveis de pressão arterial compatíveis com hipertensão no estágio 1.

A Tabela 2 apresenta a evolução do conhecimento dos pacientes diabéticos antes e após as intervenções educativas.

Tabela 2 - Evolução do conhecimento da amostra sobre diabetes mellitus tipo 2, antes e após a intervenção educativa em Unidades de Saúde da Família. Picos - PI, ago./set. 2011.

Nível de conhecimento	Pré-teste (N= 40)		Pós-teste (N= 34)		p
	N	%	N	%	
Nenhum	1	2,5	-	-	0,0001 <sup>(1)</sup>
Pouco	15	37,5	1	3,00	
Bom	17	42,5	10	29,4	
Mais que bom	6	15,0	20	58,8	
Muito bom	1	2,5	3	8,8	

<sup>(1)</sup>Teste de Fisher-Freeman-Halton para comparação das proporções de pré e pós-teste.

De toda a amostra (87), apenas 40 participaram de todos os encontros educativos e, destes, apenas 34 participaram do pós-teste. A maioria dos pacientes (80,0%) antes da intervenção tinha de pouco a bom conhecimento acerca de sua doença, enquanto no pós-teste realizado a maioria deles teve um conhecimento de bom a mais que bom, com 29,4% e 58,8%, respectivamente.

Assim, o conhecimento após as sessões educativas foi maior nos participantes ( $p=0,0001$ ).

## DISCUSSÃO

O tratamento do DM2 compreende um conjunto de ações interligadas, cujo objetivo final é obter um bom controle metabólico. E, para alcançar esse objetivo, é fundamental que os programas de educação em diabetes e/ou hipertensão enfatizem a importância não só da utilização de antidiabético oral de forma adequada, visando minimizar erros na administração desses medicamentos, mas também enfoquem a mudança do estilo de vida para, assim, obter uma ação eficaz<sup>(12)</sup>.

Diabéticos com bom controle clínico e metabólico retardam o aparecimento de complicações e/ou a progressão destas. Em contrapartida, o mau controle acelera o aparecimento de comorbidades associadas.

Acredita-se que a educação contribui para o seguimento do tratamento. O facilitador deve transmitir a informação com uma linguagem simples, minimizando as dúvidas e incertezas e facilitando o processo educativo.

Observando-se as medicações prescritas, verifica-se 39,0% já ficaram sem tomar os medicamentos. Dentre os fatores que contribuíram para interromper a terapia farmacológica destacam-se: esquecimento, recusa e falta de medicamento nas Unidades Básicas de Saúde.

Em referência à prática de atividade física, 74,6% foram classificados como sedentários. A inatividade física pode se dar pela faixa etária elevada, característica encontrada na amostra. Nos diabéticos com o tipo 2, 50% dos casos novos poderiam ser prevenidos, evitando-se o excesso de peso e os outros 30%, com o controle do sedentarismo<sup>(2)</sup>.

A mudança de comportamento alimentar e as práticas de atividades físicas nos pacientes com DM2, como resultado da avaliação do programa de educação em grupo e individual em diabetes, está condicionada à melhora dos conhecimentos e à modificação de atitudes sobre a doença. Todo o

processo tem como objetivo controlar a glicemia e melhorar as condições físicas e mentais dos indivíduos<sup>(13)</sup>.

Reportando-se à presença de outro problema de saúde, 83,1% possuem alguma outra doença associada. Dentre estas destacam-se: hipertensão, dislipidemia e osteoporose.

Ao analisar a presença de comprometimento devido ao DM2, 67,8% relataram não apresentar qualquer comprometimento pela presença da patologia, porém 20,3% apresentaram alterações visuais. O controle clínico e metabólico associado a medidas preventivas e de educação em saúde relativamente simples é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento e/ou a progressão das complicações crônicas de diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida do indivíduo diabético<sup>(14)</sup>.

Da amostra 33,9% e 20,3% apresentaram excesso de peso e obesidade, respectivamente. Cerca de 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso, não havendo diferença substancial entre homens e mulheres, encontrando-se bem distribuído no Brasil, cujas menores prevalências, ao contrário do baixo peso, são encontradas na região Nordeste. Em outra investigação com diabéticos a obesidade geral esteve presente em 42 (32,3%) indivíduos, enquanto a obesidade abdominal apareceu em 110 (84,6%), 112 (86,2%) e 119 (91,5%), segundo o IC, a CC e RCE, respectivamente<sup>(15)</sup>.

Em relação à pressão arterial, verifica-se que 23,7% apresentaram níveis de pressão arterial compatíveis com hipertensão no estágio 1. Modificações do estilo de vida podem se refletir no retardo do desenvolvimento da hipertensão arterial em indivíduos com pressão limítrofe<sup>(9)</sup>.

A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. No DM2, a hipertensão se associa à síndrome de resistência à insulina e ao alto risco cardiovascular. Estudos em diabéticos hipertensos ressaltam a importância da redução da pressão arterial sobre a morbi-mortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao diabetes<sup>(1)</sup>.

Analisando-se o consumo alimentar da amostra, percebe-se que os alimentos mais consumidos diariamente são o arroz (50,8%), o feijão (61,0%), a carne (79,7%) e o leite (66,1%). Ressalta-se que os alimentos essenciais à dieta do portador de diabetes

devem envolver frutas e leguminosas, porém estes se encontram com a prevalência 47,5% e 42,4% respectivamente.

Em termos nutricionais ocorreu a redução das prevalências de desnutrição e aconteceu o aumento do sobrepeso e da obesidade. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física no controle e diminuição do peso<sup>(15,16)</sup>.

Analisando a evolução do conhecimento da amostra sobre DM2, antes, no pós- imediato às intervenções educativas na Unidade de Saúde da Família, obtiveram-se resultados favoráveis, apontando a aquisição do conhecimento através da realização das atividades educativas.

A maioria dos pacientes, 32 (80,0%), antes da intervenção tinha de pouco a bom conhecimento acerca de sua doença, enquanto no pós-teste realizado a maioria teve um conhecimento de bom e mais que bom com (29, 4%) e 20 (58,8%), respectivamente.

As atividades educativas são realizadas o tempo todo em consultas individuais, em trabalhos de grupo e em programas educativos. Essas atividades contribuem para o controle efetivo dos níveis de glicose sanguínea, evitando-se, desse modo, a instalação de complicações agudas e crônicas relacionadas à patologia<sup>(17)</sup>.

O aumento do conhecimento, porém, não é suficiente para a mudança do estilo de vida, fazendo-se necessário investigar o ambiente e as condições socioeconômicas desses portadores para que haja modificações dos hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos.

As ações educativas viabilizam a troca de experiências e informações, a reflexão e a problematização sobre os temas entre o profissional de saúde e o cliente portador de diabetes, favorecendo suas experiências cotidianas de vida como fonte de conhecimento e de ação transformadora da realidade.

Para que haja avaliação efetiva dos resultados de um programa de educação em diabetes os dados devem ser obtidos tanto na pré-intervenção como na pós-intervenção, ideal com uso de escalas<sup>(18,19)</sup>.

A prática educativa individual e em grupo apresenta-se como uma maneira eficaz de conscientizar o indivíduo sobre a importância do

autocuidado, além de possibilitar a estes e aos profissionais de saúde discussão das informações acerca da doença e do tratamento<sup>(13)</sup>.

Reconhecendo os benefícios que a educação em diabetes poderá trazer às pessoas, através do planejamento das atividades em grupo, ajudando-as no tratamento e controle da doença, não compreendemos por que é baixa a adesão às atividades educativas.

## CONCLUSÃO

Com o estudo verificou-se que através da ação educativa desenvolvida na Unidade Básica de Saúde obtiveram-se resultados satisfatórios quanto à mudança do nível de conhecimentos adquiridos pelos participantes da pesquisa, observando-se os efeitos positivos do processo de educar e da melhoria do autocuidado referente ao aumento do conhecimento a respeito do diabetes mellitus tipo 2 obtido pelos participantes da pesquisa.

As ações de educação em saúde, na assistência ao cliente portador de diabetes, mostram-se como método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, constituindo-se uma atividade realizada por um processo dinâmico e contínuo de aprendizado, possibilitando à clientela a execução de práticas favoráveis à sua saúde e seu bem-estar, educando e preparando portadores e família a terem autonomia e agirem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos.

Um desafio que se faz presente, e que foi observado neste estudo, refere-se à adesão dos pacientes à participação nas intervenções. Os motivos para a não participação podem se dar por falta de interesse, motivação, inexistência de grupo de diabéticos na Unidade Básica e por não reconhecerem a educação como um instrumento capaz de ajudá-los a obter um melhor controle metabólico.

É de fundamental importância a participação do profissional enfermeiro na prática educativa. Além de ser a área de trabalho deste, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, constrói vínculo com os indivíduos, tornando a abordagem mais fácil, direta e motivando-os a participar das ações educativas.

Frente a esses resultados, considera-se que este estudo possa ter contribuído não apenas para o grupo que recebeu as intervenções, favorecendo a mudança de conhecimento, mas também para que medidas sejam tomadas em relação ao incentivo da educação

em saúde adotada para o aprimoramento do cuidado primário ao paciente portador de DM2.

## REFERENCIAS

1. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Evaluation of group and individual strategies in a diabetes education Program. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):291-8.
2. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(3):2001-9.
3. Knuth AG, Bielemann RM, Silva SG, Borges TT, Duca GFD, Kremer MM. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):513-20.
4. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 3):3507-15.
5. Araújo MF, Gonçalves TC, Damasceno, MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *EscAnna Nery* 2010; 14(2):361-67.
6. Cyrino AP, Schraiber LB, Texeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. *Interface. Comun Saúde Educ* 2009; 13(30): 93-106.
7. Freire, P. Ação cultural para a liberdade. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
8. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolia. Teste seu Índice de Massa Corporal. [Acesso em: 25 set 2011]. Disponível em: <http://www.sbem.org.br/teste-seu-imc/>
9. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Hipertensão*, 2010.
10. Zernike W, Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. *Journal of clinical nursing* 1998; 7: 37-44.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
12. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adherence to Drug Treatment among registered users in the "HIPERDIA" Program in Teresina in the State of Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(7):1885-92.
13. Groff DP, Simões PWTA, Fagundes ALSC. Adherence to treatment in type II diabetic patients users of the health strategy of the family located in the district of Metropol, Criciúma, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2011; 40 (3):43-8.
14. Fava SMCL, Nunes ZB, Gonçalves MFC, Nogueira MS. Health education and treatment adherence in the historical cultural. *Sau. & Transf. Soc.* 2011; 2(1): 81-7.
15. Machado SP, Rodrigues DGC, Viana KDAL, Sampaio HAC. Correlation between body mass index and anthropometric indexes of abdominal obesity in patients with type 2 diabetes Mellitus. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012; 25(4): 512-20.
16. Torres HC, Barroso RAA, Peixoto SV, Baciliere J, Morgan BS. Health promotion and diabetes mellitus patients with private health insurance. *Rev. enferm. UERJ* 2012; 20(esp.2):752-7.
17. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
18. Torres HC, Roque C, Nunes C. Home visits: an educational strategy for self care of diabetic clients in primary care. *Rev. enferm. UERJ* 2011; 19(1):89-93.
19. Silva GRF, Rezende Neta DS, Leite IRL, Brandão EC, Soares LS. Technologies while in the nursing actions: use of scale/tests. *Rev Enferm UFPI* 2012; 1(1): 71-6.

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2013/02/06

**Accepted:** 2013/07/06

**Publishing:** 2013/09/01

**Corresponding Address**

Ana Roberta Vilarouca da Silva.  
Rua Cícero Eduardo, 905. Junco.  
Picos-PI.  
CEP: 64600-000.