

Educação em Saúde para insulino terapia em domicílio na ótica do usuário

Health Education for insulin therapy at home from the user's perspective

Educación Sanitaria para la terapia con insulina en el hogar desde la perspectiva del usuario

Recebido: 13/01/2021 | Revisado: 15/01/2021 | Aceito: 18/01/2021 | Publicado: 23/01/2021

Fernanda Leal Correia Pereira Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9699-4796>

Centro Universitário UniFTC, Brasil

E-mail: nandac.lima@hotmail.com

Leila Pitangueira Guedes Mazarakis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3967-8463>

Centro Universitário UniFTC, Brasil

UNIME, Brasil

E-mail: leilamazarakis@gmail.com

Resumo

Introdução: Educação em saúde é uma prática complexa na qual o método tradicional declina. No Diabetes Mellitus, especificamente na insulino terapia domiciliar, o aperfeiçoamento da educação em saúde possibilita melhores resultados. **Objetivo:** analisar as ações de educação em saúde para insulino terapia em domicílio. Para tal, objetivou-se descrever os métodos de educação em saúde e identificar facilidades e dificuldades na prática da insulino terapia domiciliar, segundo paciente. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e, complementarmente, a observação assistemática, analisadas segundo técnica de Análise do Conteúdo de Bardin. Realizadas 21 entrevistas, sendo a primeira calibração do instrumento e a amostra definida por saturação dos dados. **Resultados:** A metodologia tradicional de educação em saúde prevalece entre ações educativas. A autonomia da autoadministração e a participação familiar facilitaram a adesão à insulino terapia domiciliar. Medo da “furada”, efeitos adversos da administração e a hipoglicemia surgiram como dificuldades dessa prática. **Conclusão:** Dificuldades e facilidades para insulino terapia domiciliar podem subsidiar o planejamento da educação em saúde objetivando melhores resultados terapêuticos. Identificou-se também a medicina como área de pouco envolvida nas ações educativas.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde Pública; *Diabetes Mellitus*.

Abstract

Introduction: Health education is a complex practice in which the traditional method declines. Diabetes Mellitus, specifically in home insulin therapy, the improvement of health education enables better results. **Objective:** to analyze health education actions for insulin therapy at home take place. To this end, the objective was to describe health education methods and identify facilities and difficulties in the practice of home insulin therapy, according to the patient. **Methods:** This is a descriptive, qualitative study. Semi-structured interviews and, as a complement, unsystematic observation were used, analyzed according to Bardin's Content Analysis technique. 21 interviews were conducted, with the first calibration of the instrument and the sample defined by data saturation. **Results:** The traditional methodology of health education prevails among educational actions. Autonomy of self-administration and family participation facilitated adherence to home insulin therapy. Fear of the “pierced”, adverse effects of the administration and hypoglycemia appeared as difficulties of this practice. **Conclusion:** Difficulties and facilities for home insulin therapy may support the planning of health education aiming at better therapeutic results. Medicine was also identified as an area with little involvement in educational activities.

Keywords: Health Education; Public Health; *Diabetes Mellitus*.

Resumen

Introducción: La educación para la salud es una práctica compleja en la que el método tradicional decae. En Diabetes Mellitus, específicamente en la terapia con insulina domiciliar, la mejora de la educación sanitaria permite mejores resultados. **Objetivo:** analizar las acciones de educación sanitaria para la terapia con insulina en el hogar. Para ello, el objetivo fue describir los métodos de educación en salud e identificar las instalaciones y dificultades en la práctica de la terapia con insulina domiciliar, según el paciente. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y cualitativo. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y, como complemento, observación no sistemática, analizadas según la técnica de Análisis de Contenidos de Bardin. Se realizaron 21 entrevistas, con la primera calibración del instrumento y la muestra definida por saturación de datos. **Resultados:** Entre las acciones educativas predomina la metodología tradicional de educación en salud. La autonomía de la autoadministración y la participación familiar facilitó la adherencia a la terapia con insulina domiciliar. El miedo al “piercing”, los efectos adversos de la administración y la

hipoglicemia apareceram como dificuldades de esta prática. Conclusión: Las dificultades y las instalaciones para la terapia con insulina domiciliaria pueden apoyar la planificación de la educación para la salud con el objetivo de obtener mejores resultados terapéuticos. La medicina también fue identificada como un área con poca participación en las actividades educativas.

Palabras clave: Educación em salud; Salud Pública; *Diabetes Mellitus*.

1. Introdução

A educação em saúde é uma prática complexa que abrange diversos segmentos como: sociológico, filosófico, político, religioso, cultural, aspectos práticos e teóricos do individual e em grupo (Salci, et al., 2013). O modelo tradicional de Educação em Saúde corresponde a forma de educar cujo papel do educador é tornar os educandos depósitos de conteúdo (Freire, 2005). Em contrapartida, a educação em saúde ganha um novo conceito, sendo definida como um conjunto de práticas pedagógicas participativas e emancipatórias, que percorrem várias áreas de atuação objetivando sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que influenciam na qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2009).

A educação em saúde é uma ferramenta de fundamental importância no tratamento da Diabetes Mellitus (DM), uma vez que é capaz de capacitar as pessoas para gerir sua doença (Iquizi, et al., 2017). Além disso, essa prática é capaz de promover o desenvolvimento de habilidades, estratégias para atingir as metas durante o tratamento, sendo ela considerada a principal ferramenta para autocuidado que proporcionará o autocontrole do paciente (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018). Portanto, é responsabilidade de toda equipe de saúde realizar educação em saúde e seu resultado positivo depende de uma prática dialógica, vínculo, compartilhamento de ideias e respeito (Almeida & Almeida, 2018).

Em estudos de base populacional realizada por Rezende (2014), dos 41.403 entrevistados, 6,8% eram adultos com 20 anos ou mais que autodeclararam ter diagnóstico de diabetes mellitus 2 (DM 2), representando aproximadamente 9 milhões de brasileiros. Destes, 18,1% tinham prescrição médica de Insulina, estimando-se 1,8 milhão de brasileiros. Porém, 87,9% referem usar insulina e 12,1% não usam diariamente.

A aplicação correta e regular da insulina parece estar associada à aceitação da patologia, à sensibilização e à conscientização para o autocuidado (Trevizan, et al., 2016). Nesse contexto, um dos sérios problemas da insulino terapia está relacionado à deficiência na orientação e ao controle do medicamento que é realizado diariamente no domicílio, levando à inconstância do horário dos medicamentos, à irregularidade no seguimento da prescrição médica e erros na administração da dose insulínica (Batista, et al., 2013).

Este estudo foi motivado a partir da identificação da necessidade de conhecer as dificuldades e facilidades para adesão ao tratamento insulínico em domicílio e utilizar estas informações como base para o planejamento e implementação de ações de educação em saúde, seja individual ou em grupo, com o objetivo de sanar possíveis obstáculos, fortalecer as facilidades, incentivá-los e alcançar, com co-participação, o sucesso terapêutico e bem estar.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar como acontecem as ações de educação em saúde, na percepção do paciente, para insulino terapia em domicílio. E, como objetivos específicos, descrever os métodos de educação em saúde utilizados para insulino terapia em domicílio e identificar as facilidades e dificuldades na prática da insulino terapia em domicílio, ambos na percepção do paciente.

2. Metodologia

Tendo em vista a natureza do objeto estudado, o presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa por meio de estudo de caso. Tal opção metodológica dá-se em virtude das peculiaridades da unidade de saúde estudada, a ser especificada mais adiante. Sobre o caráter qualitativo do método de coleta e análise, estes advêm da subjetividade dos participantes e aspecto interpretativo dos dados e variáveis a serem investigadas. Desta forma, a pesquisa

propõe investigar de maneira a descrever, compreender e os extrair significados a partir do que os atores envolvidos vivenciam e percebem do fenômeno estudado, neste caso, a maneira como os usuários diabéticos percebem a orientação e educação para uso da insulina em ambiente domiciliar (Pereira, et al., 2018).

O estudo foi realizado em uma unidade de saúde municipal especializada no atendimento de diabéticos e hipertensos na cidade de Feira de Santana, Bahia. Este serviço presta atendimento aos pacientes diabéticos e hipertensos encaminhados por unidade básica de saúde após tentativa, sem êxito, do controle da doença e das suas complicações. A equipe é composta por médicos especialistas (cardiologista, endocrinologista, angiologista, nefrologista), clínico geral, equipe de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social, além da coordenação geral da unidade, serviços de higiene e limpeza, farmácia e recepção.

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos diagnosticados com DM 2 acompanhados no serviço, campo deste estudo, em uso de insulina em domicílio há no mínimo 06 meses. Foram excluídos os pacientes que apresentam condição clínica qualquer (neurológica, motora, orgânica ou psiquiátrica) que resultem em limitação para autocuidado, no que tange a insulino terapia, sendo dependente de cuidados de terceiros.

Dessa forma, foram entrevistados 21 pacientes, sendo que a primeira entrevista foi descartada, para fins de compor os resultados dessa pesquisa, e foi utilizada como piloto para calibração dos questionamentos, uma vez que se pode observar alguma dificuldade de compressão por parte do entrevistado. A amostra foi encerrada a partir da saturação dos dados.

As técnicas de coleta de dados escolhidas foram: a entrevista semi-estruturada e, em caráter complementar, a observação assistemática.

Para nortear a entrevista foi elaborado um roteiro orientado pelos objetivos da pesquisa, tendo como itens norteadores: “Você recebeu orientações para realização da insulino terapia em domicílio?”; “O que você achou das orientações recebidas?”; “Em quais momentos que acontecem as orientações?”; “Quais materiais foram utilizados?”; “Quais os profissionais que realizam as ações de educação em saúde?”; e “Relate sobre as facilidades e dificuldades para a insulino terapia em domicílio”.

A coleta de dados, realizada pelo pesquisador, ocorreu em única etapa, no dia de consulta do paciente na unidade, previamente agendada. As entrevistas, foram gravadas por um telefone móvel e arquivadas em um pen-drive, as quais ficarão guardadas pelo período de 05 anos. Com relação ao tempo para cada entrevista, a duração média foi de 20 minutos. Nesta oportunidade foi feita apresentação da proposta, solicitação de sua participação, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entrevista.

Outra técnica utilizada, de forma transversal e em caráter complementar, foi a observação assistemática. Nesta, foi observada a dinâmica dos profissionais e pacientes em relação à educação em saúde para orientação para insulino terapia em domicílio.

Para realizar a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, utilizando como referência Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2011). Segundo esta autora, a análise sistematizada deve seguir as seguintes etapas: a primeira é a pré-análise, etapa a qual envolveu inicialmente a transcrição das entrevistas seguida por uma leitura flutuante de todo material coletado, permitindo conhecer as percepções que os entrevistados têm do objeto de estudo e a identificação inicial das unidades de registro. O material foi organizado em dois blocos: das entrevistas e das observações.

A segunda etapa da técnica utilizada foi de exploração do material, que, após uma leitura exaustiva e repetida das entrevistas e das notas da observação, foram delineadas as seguintes categorias: A realidade metodológica: a interface do método tradicional e problematizador; Autonomia e participação familiar como potencialidades; Limites para adesão a insulino terapia.

Por fim, na terceira etapa, foi estabelecido o tratamento dos resultados obtidos e interpretações, respondendo às questões da pesquisa com base nos seus objetivos.

Este estudo seguiu a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde (2018), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 03285818.8.0000.5032). Todas as entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado. Os sujeitos da pesquisa tiveram suas identidades preservadas e nomes codificados, mantendo sigilo e confidencialidade. Os participantes poderiam solicitar exclusão da pesquisa em qualquer tempo, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo aos procedimentos e qualidade da assistência prestada na Unidade de Saúde. Além disso, as pesquisadoras mantiveram-se a disposição para todos os esclarecimentos, como também ressarcimentos, caso algum dos participantes relatasse prejuízos.

3. Resultados e Discussão

A população entrevistada é composta por 85 % mulheres (17), sendo que 16 (80%) estão entre 48 e 69 anos. Em relação ao tempo de uso de insulina, 7 (35%) tem entre 06 meses e 05 anos, 5 (25%) possui entre 6 e 10 anos, 5 (25%) possui entre 11 e 15 anos e 3 (15%) tem entre 16 e 20 anos. Quanto à escolaridade, 4 entrevistados (20%) são não alfabetizados, 9 (45%) possuem ensino fundamental incompleto, 1 (5%) possui fundamental completo, 3 (15%) possuem ensino médio completo, 1 (5%) possui pós-graduação, 2 entrevistados (10%), alfabetizados, não sabem precisar escolaridade. Quanto ao estado civil 4 (20%) se declararam solteiras, 8 (40%) se declaram viúvas, 2 (10%) informaram ser divorciados e 6 (30%) declaram que são casados.

Após organização dos dados, foram delimitadas três categorias. A primeira categoria foi intitulada de “A realidade metodológica: a interface do método tradicional e problematizador”, a segunda nomeada de “Autonomia e participação familiar como potencialidades” e, a terceira intitulada de “Limites para adesão a insulino terapia”.

A primeira categoria, intitulada “A realidade metodológica: a interface do método tradicional e problematizador”, ressalta que toda prática de educação em saúde deve ser baseada em uma metodologia, seja ela tradicional ou problematizadora e participativa. Entre as entrevistas não foi evidenciado uma metodologia única, surgindo traços de uma metodologia participativa, porém com maior ênfase na metodologia tradicional de educação em saúde, como refere o entrevistado:

Olhava o profissional aplicando e repetia em casa como foi explicado. (E2)

Uma vez me mostraram como é que aspira e como aplica. (E4)

Eu não estudei sobre isso...o que me explicaram eu fiz e faço. (E11)

A metodologia tradicional de educação em saúde tem como objetivo depositar conteúdo nos educandos, fazendo-os seres passivos, de forma que a educação irá adapta-los à realidade, sem estímulo à criação (Figueiredo et al. 2010).

A metodologia tradicional também surge quando se trata de material impresso. Durante a observação assistemática, foi observado em vários setores da unidade impressos sobre locais possíveis de aplicação de insulina, tema abordado por todos os entrevistados, apresentando de maneira estática os locais corretos de administração com pouca relevância à dinâmica do rodízio, não expressa nos materiais expostos.

Foi citado por oito entrevistados o recebimento de material impresso, a maioria na atenção primária, em algum momento do tratamento, desses, 5 relataram ser sobre locais de aplicação de insulina. Este recurso impresso, para educação em saúde apresenta limitações, como a escolaridade e a disponibilidade para leitura, como relatam os entrevistados:

Tem o papel que explica que no braço, na coxa [...] para dizer a verdade eu nunca usei. (E2)

Faz tempo que eu li, ultimamente nunca mais... faz tempo que eu recebi, foi logo no começo. (E11)

Traços da metodologia problematizadora e participativa aparece no discurso dos entrevistados com a prática da simulação da aspiração e administração da insulina:

A enfermeira perguntou: como a senhora usa insulina? Eu falei: pego assim e enfito assim. Ela disse que não estava certo. (E20)

Pede que coloque na seringa, como e onde aplica e pergunta os horários. (E9)

Atividades em grupo foram poucos citadas durante a entrevista, porém, quando relatadas, também com características da metodologia bancária, contrariando os demais estudos:

Participava de um grupo que a enfermeira mostrava como fazia [...] às vezes ela me usava para mostrar às pessoas, como eu era magrinha, para mostrar como o diabético tinha que ter cuidado para não engordar: olha o corpo dela. (E6)

Contrapondo esta prática de dinâmica em grupo, um estudo realizado em um município na região Sul do Brasil destacou que indivíduos que participavam de grupo caracterizaram a atividade como momento de construção do saber em saúde, com troca de conhecimento e experiência entre profissionais e participantes (Silva et al., 2014). Nesse mesmo sentido, é possível melhorar o empoderamento da autoadministração da insulina através de grupo, ao passo que conhecimentos e habilidades são potencializados por uma equipe pró-ativa e pacientes bem informados para enfrentar as adversidades (Batista et al., 2013). A prática em grupo quando utilizada uma metodologia participativa permite que pessoas que vivenciam a mesma condição interajam por meio das vivências e respostas distintas.

Diferente do modelo tradicional, a educação problematizadora acredita que o conhecimento transforma e o indivíduo é transformado no processo (Freire, 2005). Esta prática participativa quando implementada no processo do tratamento desses indivíduos apresenta alterações positivas. Nessa prática, a integração educador-educando permite o surgimento de dúvidas, embora limitado à temática da administração de insulina, como apresentam os trechos supracitados. Quanto a simulação como um momento participativo e esclarecedor foi relatado:

A enfermeira perguntou: a senhora toma como? Eu falei que pegava “assim” e fazia “assim”, ela disse como era e explicou que por isso eu estava ficando toda roxa. [...] tomo tem mais de 15 anos e ninguém nunca explicou como toma. (E20)

Já dei queixa e me ensinaram novamente [...] ainda tenho dificuldade mesmo com a explicação. (E4)

A escuta da opinião do indivíduo perante a assistência recebida, cabe ao profissional educador em saúde. Este, buscará compreender as necessidades e, diante delas, estabelecer as temáticas e a metodologia da atividade educativa alinhando assistência individual do modelo clínico com a pedagogia problematizadora e participativa na educação em saúde (Borges & Porto, 2014).

É preciso conhecer o saber de cada indivíduo, diretamente relacionado com sua história de vida e experiências, possibilitando assim a construção de novos conceitos e condutas diante das situações (Mendonça & Nunes, 2014). Nesse estudo, alguns entrevistados relatam experiências prévias com vizinhos e familiares em insulinoterapia domiciliar e a construção do conhecimento desde então, ratificando a ideia que cada indivíduo possui conhecimentos particulares e, conhecer esse saber é fundamental para a prática da educação em saúde.

As atividades de educação em saúde oferecidas aos entrevistados ao longo do tratamento ocorrem majoritariamente durante as consultas. Embora a enfermagem tenha sido a categoria citada por todos os entrevistados, seguido dos médicos,

destaca-se o fato da participação desses profissionais nos três níveis de atenção, como referem nos seguintes trechos:

Quatro dedos depois do umbigo, a quantidade certinha, foi a enfermeira do hospital que me ensinou. (E5)

Quem ensinou foram as enfermeiras lá do posto e as enfermeiras daqui. (E12)

A seringa foi o material citado como utilizado para educação em saúde, embora, como já dito, seja limitado à administração da insulina, é um objeto que parece estimular a participação do paciente durante as consultas.

Para que a educação em saúde atinja o objetivo de tornar o paciente ativo no processo e reduzir as limitações para prática adequada da insulino terapia domiciliar, é preciso conhecer as facilidades e as dificuldades dos pacientes para o planejamento dessa atividade, com objetivos individuais. Diante dos relatos, a prática da educação em saúde de forma inflexível e verticalizada parece perpetuar dúvidas que interferem diretamente na autoadministração da insulina, gerando insatisfação do paciente e dificultando a adesão ao tratamento. O serviço de saúde com preparação adequada consegue formar vínculo com o indivíduo e, alinhando a terapêutica com as necessidades individuais, promove a conscientização sobre a doença e, conseqüentemente melhor adesão e qualidade de vida (Almeida & Almeida, 2018).

A segunda categoria, intitulada “Autonomia e participação familiar como potencialidades”, dispõe que a DM, como uma doença crônica, tem como um dos seus pilares de tratamento a educação em saúde, uma vez que é fundamental que o portador tenha conhecimento da sua patologia para a prática da autonomia e autocuidado consciente. Logo, a educação tem como objetivo construir a autonomia e a consciência crítica, mediante troca de informações e construção do conhecimento associada ao dia a dia da clínica para melhor resultado do tratamento (Taddae, et al., 2012).

Embora seja evidenciado nas entrevistas a necessidade de aprimorar os conhecimentos dos pacientes sobre a DM e a insulino terapia, a maioria dos pacientes relatam como facilidade para o tratamento a autonomia da autoadministração da insulina, como mostra os seguintes trechos:

Para onde for eu levo para não ficar sem tomar. (E13)

Eu mesma vou lá na geladeira, pego e aplico. (E10)

Diante dos relatos, fica evidente que a possibilidade da autoadministração oferece aos pacientes melhores condições para adaptar a rotina ao uso da insulina, facilitando essa prática. Por outro lado, para uso racional e consciente é preciso esclarecimento sobre a doença e suas conseqüências, pois a sua falta resulta na não adesão às prescrições, como consta também nos relatos:

É para tomar de manhã e de noite, mas eu tomo as vezes... direto não tomo não, não vou negar. (E4)

Para evitar esse tipo de comportamento, a educação em saúde para diabéticos ajuda no cumprimento da prescrição médica à medida que os pacientes passam a compreender o mecanismo de ação dos medicamentos, seus efeitos colaterais e as conseqüências do uso errôneo (Zanetti, et al., 2008). Estudo realizado no ambulatório de endocrinologia em um hospital universitário do nordeste Brasileiro, após abordar 163 pacientes com DM2, concluiu que os pacientes estão adotando medidas de autocuidado, agregando valor às atividades de educação em saúde para DM (Larré, et al., 2018). Para proporcionar bom uso da autonomia e autocuidado no que tange a insulino terapia, é preciso que os profissionais de saúde reconheçam a educação em saúde como ferramenta fundamental para sensibilizar os pacientes e conduzir para uma prática domiciliar adequada

Outro fator apontado pelos pacientes como facilitador para insulino terapia domiciliar é a participação familiar. A ajuda de familiares aparece como possibilidade para realização do rodízio de locais de administração da insulina explorando locais em que a autoadministração é limitada, como referem nos trechos:

Eu aplico na perna e quando minha mulher está em casa ela que aplica no braço. (E8)

Prefiro que minhas meninas apliquem quando é no braço. (E17)

Além disso, a participação familiar foi citada como importante em outros aspectos como ajuda para adesão à terapia, evitar irregularidade das refeições e conduta diante da hipoglicemia, indo além da administração da insulina. Foi também referido pelos pacientes a ausência desse apoio familiar:

Minha família ninguém ajudou porque tinha medo. (E16)

Eu moro só com o marido e o marido não gosta nem de ver eu pegar agulha para me furar, diz que é difícil, eu digo para ele aprender para me furar e ele diz que não. (E18)

A prescrição da insulina pode significar a materialização da gravidade da DM, causando o medo de lidar com o desconhecido e motivo de apreensão para pacientes e familiares. Assim, deve ser realizada educação em saúde para DM para familiares e cuidadores com o objetivo de incentivar o envolvimento, adoção e manutenção de hábitos e comportamentos adequados, bem como desenvolvimento de habilidades baseado no conhecimento sobre a patologia. Assim, a família, conhecedora das orientações, poderá atuar apoiando e cuidando do paciente (Zanetti, et al., 2008).

Por outro lado, de acordo com relatos de pacientes, quando ocorre ausência do apoio familiar, motiva-se atitudes contrárias ao autocuidado, como excessos alimentares (Santos, et al., 2018).

Por fim, na terceira categoria, intitulada “Limites para adesão a insulino terapia”, dispõe que a insulino terapia em domicilio encontra muitas dificuldades para adequada execução pelos pacientes, desde o medo da administração até as suas consequências, limitando dessa forma o sucesso dos resultados terapêuticos e aumentando os riscos de desfechos indesejáveis com o surgimento das complicações da DM.

Entre as dificuldades citadas, o “medo da furada” ganhou destaque sendo citada por todos os entrevistados, sendo um dos motivos de não adesão à prescrição para alguns, como aponta este fragmento:

Acho que é o medo de ficar me furando, aí eu esqueço e às vezes eu faço: não vou tomar hoje não. (E12)

Porém essa dificuldade parece superada para outros, sendo um problema no início do tratamento, sugerindo que este pode ser um ponto crítico abordado na educação em saúde desde os primeiros momentos, especialmente quando há equipe multiprofissional com psicólogo, buscando minimizar a influência desse medo na não adesão.

Associado ao medo da execução da via de administração, foi relatado durante as entrevistas que a dificuldade está diretamente relacionada ao tipo de agulha que é utilizada, como relatam os pacientes:

Tem umas agulhas que são mais fininhas não machuca e tem umas que são mais grossas e quando encarca dói. (E13)

Essas agulhas que dão são grossas demais aí a gente fica com medo, quando é da fininha não dói, mas quando é da grossa... eu vou até comprar da fininha. (E15)

Estudos relatados pela Sociedade Brasileira de Diabetes com indivíduos de diferentes etnias, faixa etária e IMC, independentemente do sexo, apontaram uma certa regularidade na proporção da espessura da pele (cerca de 1,25 a 3,25 mm) em 90% das pessoas. A partir desses dados passou a ser recomendado que todos os pacientes utilizem agulhas curtas para obter de uma administração segura e confortável (SBD, 2017).

Embora no presente estudo não haja dados sobre a dimensão exata da agulha referida como “grossa” e “fina” pelos pacientes entrevistados, é importante que esta informação seja considerada pelas autoridades que realizam a escolha dos produtos, pois o ajuste da agulha pode ser um forte aliado para redução da falha na adesão, consequentemente redução dos custos para tratamento de reabilitação das complicações da hiperglicemia.

A técnica para administração da insulina quando não realizada de forma correta pode provocar complicações, sendo necessário, portanto, que esta prática seja tema do processo de educação em saúde em caráter preventivo e suas complicações rastreadas através da anamnese e exame físico para adoção de medidas que reduzam a falha no tratamento. A equimose/hematoma, sangramento pós administração e lipodistrofia foram complicações citadas nas entrevistas como limitante para administração da insulina, como referem as entrevistadas:

Eu não tomo a noite porque sempre que eu vou tomar eu me furo e sai sangue [...] de noite eu já tentei, de vez em quando eu tomo assim mesmo, tem hora que dá certo e tem hora que não. (E4)

Antes eu tomava com a seringa de lado [...] minha barriga já não tinha mais onde tomar, já era cheia de calombinho doloroso, doía muito, aí eu falei que ia ter que parar. (E20)

Nesse mesmo sentido, um estudo realizado em Formiga - MG, com 347 participantes, foi identificado que 187 (54,0%) entrevistados afirmaram ter sofrido complicações decorrentes do uso de insulina, sendo o hematoma a complicação mais citada (Barbosa Jr, et al., 2016). Durante a observação assistemática foi também identificado pacientes simulando a autoadministração da insulina posicionando a seringa de forma inadequada enquanto referia que a administração da insulina é dolorosa.

Diante do exposto, é possível perceber que a técnica de aplicação da insulina e o rodízio dos sítios de aplicação são temas que ainda persistem com lacunas para esses pacientes apontando a necessidade de abordá-lo cautelosamente a cada contato entre membros da equipe e o paciente, afim de sanar tais deficiências e otimizar o tratamento.

Contudo, estudo feito em Sarzedo – MG, relata que dificuldades para insulinoterapia são encontradas além das questões que envolvem a prática e percepção dos pacientes quanto à insulinoterapia domiciliar, mas também pelos profissionais, como os reduzidos recursos oferecidos pelo sistema de saúde e tempo que precisa ser disponibilizado para esclarecer aos pacientes sobre o uso de insulina (Rezende, 2014). Essa realidade também foi evidenciada no presente estudo, como mostra o fragmento da entrevista:

Uma vez eu perguntei à doutora [...] mas ela não sentou para me explicar isso, mas ela tem muita gente e nem conversa com a gente direito porque é muita gente que ela atende. (E7)

Nesse contexto de limites e dificuldades, surge a hipoglicemia como outro fator que prejudica o cumprimento das prescrições médicas e aponta outra lacuna na educação em saúde como refere a entrevistada:

É para tomar 3 vezes, tem dia que eu tomo 2 vezes, tem dia que só 1 vez [...] não é só o medo de furar, é dela baixar de uma vez e eu até morrer. (E12)

A abordagem sobre a hipoglicemia nas ações de educação em saúde é de fundamental importância para reduzir os

riscos que essa condição oferece. Pereira et al. (2012), em um estudo clínico randomizado realizado em 2010, com pacientes portadores de DM 2 que não possuíam prescrição de insulina, mostrou baixo conhecimento dos pacientes sobre hipoglicemia com 7,5% de acerto de questionário sobre o tema e, após participação de pelo menos 8 momentos das atividades de educação em saúde com metodologia problematizadora, passaram a acertar 37,5% das questões. As hipoglicemias causam prejuízos nos que diz respeito ao intelectual e físico e podem colocar em risco o indivíduo que apresenta e a terceiros (Boas, et al., 2014), justificando a necessidade a abordagem do tema e construção desse conhecimento junto aos pacientes.

4. Conclusão

Conclui-se que o modelo tradicional prevalece nas atividades de educação em saúde para os portadores de DM 2, tanto nas ações presenciais como nos materiais impressos. A autonomia no autocuidado oferecido pela possibilidade de autoadministração da insulina foi destacada como um fator que facilita adesão à insulino terapia domiciliar, bem como a participação familiar no apoio para realização do rodízio de sítios de administração. Em contrapartida, as dificuldades destacadas foram: o medo da “furada”, a agulha utilizada que provoca dor, lipodistrofia, sangramento e hematomas, e a hipoglicemia, sendo estas limitantes para adesão à prescrição médica. Essas questões devem guiar o planejamento das ações de educação em saúde, visando minimizar as dificuldades e potencializar as facilidades para atingir, equipe e paciente, melhores resultados terapêuticos.

O profissional médico foi pouco evocado durante o discurso dos entrevistados como uma referência nas ações de educação em saúde, o que deve ser avaliado por outros estudos e servir de alerta para as escolas médicas quanto a valorização da educação em saúde durante a formação acadêmica. Esse fator deve ser também revisto pelas autoridades públicas de saúde que trabalham com metas numéricas de atendimentos, dificultando a prática da educação em saúde individualizada e participativa.

Este estudo ainda aponta a necessidade de novos estudos de intervenção, com caráter longitudinal, tanto qualitativo quanto quantitativo, a fim de verificar se algumas alterações em condutas e técnicas (como a mudança das agulhas de administração de insulina por uma de menor calibre) impactariam em modificações de percepção ou mesmo mudanças clínicas objetivas no acompanhamento da curva glicêmica.

Agradecimentos

Agradecimentos à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana e ao centro de referência, campo dessa pesquisa, pela receptividade e colaboração para realização desse estudo.

Referências

- Almeida, J. S. & Almeida, J. M. (2018). A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Fac Ciênc Méd (Sorocaba)*. 20(1):13–7. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i1a4>
- Bardin, L. (2011) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barbosa Junior, J. et al. (2016). Insulino terapia em domicílio: práticas adotadas por uma população de diabéticos no município de Formiga – MG. *Conexão Ciência (Online)*. 11(2):59–63. doi: <http://dx.doi.org/10.24862/cco.v11i2.452>
- Batista, J. M. F. et al. (2013). O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina. *Revista Eletrônica de Enfermagem (Internet)*. 15(1):71–9. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16179>
- Boas, L. C. G., Foss-Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2014). Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm (Brasília)*. 67(2):268–73. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140036>
- Borges, S. A. C. & Porto, P. N. (2014). Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde em Debate (Rio de Janeiro)*. 38(101):338-346. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140031>.

- Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (2016). Resolução 510/16. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. [Internet]. Diário Oficial da União. http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res_%20CNS%20510-2016%20%C3%89tica%20na%20Pesquisa.pdf
- Figueiredo, M. F. S., Rodrigues-Neto, J. F., & Leite, M. T. S. (2010). Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm* (Brasília). 63(1):117–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000100019>
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Iquizi, R. C. C. et al. (2017). Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *J Bras Nefrol* (s.l.). 39(2):196-204. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170034>.
- Larré, M. et al. (2018). Autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial. *Rev Nurs* (s.l.). 21(245):2385–90.
- Mendonça, F. F., & Nunes, E. F. P. A. (2014). Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. *Cad Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 22(2):200–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400020014>.
- Ministério da Saúde (2009). *Temática Promoção da Saúde IV. Painel de Indicadores do SUS nº 6*. Brasília (DF).
- Pereira, D. A. et al. (2012) Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em. *Rev Lat Am Enfermagem* (s.l.). 20(3):1–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000300008>.
- Pereira, A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1
- Rezende, B. M. (2014). Baixa adesão ao tratamento insulínico no diabetes mellitus tipo 2. [Especialização]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/baixa-adesao-tratamento-insulinico-diabetes.pdf>
- Salci, M. A. et al. (2013). Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & Contexto – Enfermagem* (Florianópolis). 22(1):224-230. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000100027>.
- Santos, A. L. et al. (2018). Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença. *Rev Enferm UERJ* (Rio de Janeiro). 26:1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.18221>
- Silva, F. M. et al. (2014). Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm* (Brasília). 67(3):347–53. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140045>
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2013). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. *Arq Bras Cardiol* (Internet). 101(4):01–22. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2017). Recomendações sobre o tratamento injetável do diabetes: Insulinas e Incretinas. *Soc Bras Diabetes*. 32.
- Taddeo, P. S. et al. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cienc e Saude Coletiva* (s.l.). 17(11):2923–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100009>.
- Trevizan, H. T., Bueno, D., & Koppitke, L. (2016). Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes usuários de insulina em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev APS* (internet). 19(3):384-395. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15713>
- Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Péres, D. S., Teixeira, C. R. S. (2008). O cuidado pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm* (Brasília). 61(2):186–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000200007>