



**Universidade de Brasília
Faculdade de Saúde**

Stephanie Campos Teles

**Promoção da saúde na perspectiva da linha de cuidado com ênfase na adesão
aos programas de Diabetes: uma revisão de literatura**

Brasília

2016

Stephanie Campos Teles

**Promoção da saúde na perspectiva da linha de cuidado com ênfase na adesão
aos programas de Diabetes: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva pela
Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Professora Doutora Muna
Muhammad Odeh.

Brasília

2016

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública no Brasil, sendo um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. Ele apresenta duas formas principais, o tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). Fatores de risco como estilo de vida inadequado com predisposição genética podem determinar uma correlação perigosa, visto que os maus hábitos de vida da sociedade – as dietas desbalanceadas e a baixa prática de exercícios físicos – têm acarretado complicações para a saúde. Tanto no tratamento quanto no cuidado, devem ser levadas em consideração as necessidades e as preferências do indivíduo com DM. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é caracterizar, por meio de uma revisão de literatura, os programas educativos voltados ao tratamento do diabetes no âmbito do serviço público de saúde brasileiro. Para isso, foram consultadas algumas bases de dados, tais como: Scielo, BVS, Medline e Lilacs, durante o período de 2006 a 2015, nas quais foram selecionados 29 artigos acerca da adesão aos programas de saúde voltados ao paciente diabético, abrangendo uma linha de cuidado com foco na promoção da saúde. Vários estudos têm demonstrado a importância de programas educativos na promoção da adesão ao tratamento, o que ocasiona um melhor resultado no controle do DM. Observou-se que a não adesão a esses programas acarreta a baixa eficácia do tratamento e a elevada demanda por serviços de saúde de alta complexidade. Além disso, constatou-se que os diabéticos têm menor adesão à dieta balanceada e à atividade física do que ao tratamento medicamentoso. As linhas de cuidado precisam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas às necessidades individuais do diabético. É importante que o paciente tenha consciência sobre os riscos relacionados à doença, e que, diante disso, possa seguir o tratamento de forma adequada. Destaca-se a importância da relação familiar no tratamento no que diz respeito ao auxílio às mudanças de hábitos. Portanto, deve haver motivação e apoio aos diabéticos por parte dos profissionais e dos familiares em relação à adesão a todos os tipos de tratamento. A linha de cuidado tem o intuito de proporcionar uma assistência que abranja o paciente de forma integral, promovendo saúde e proporcionando-lhe motivação para ser protagonista do seu autocuidado. Palavras-chave: Diabetes Mellitus; tratamento; programas educativos; linha de cuidado; promoção da saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a public health problem in Brazil, one of the most common chronic disorders in the world. It has two main forms, type 1 (DM1) and type 2 (DM2). Risk factors such as inappropriate lifestyle with genetic predisposition can determine a dangerous correlation, since the bad lifestyle habits of society – the unbalanced diets and low practice of physical exercises – have entailed health complications. Both in treatment and in care, they should take into account the needs and preferences of the individual with DM. In this sense, the objective of this study is to characterize, through a literature review, the educational programs to diabetes treatment in the public service of Brazilian health. For this, we consulted some databases, such as Scielo, BVS, Medline and Lilacs, during the period 2006-2015, in which we selected 29 articles about adherence to health programs for diabetics patients, including a line care focused on health promotion. Several studies have shown the importance of educational programs to promote adherence to treatment, which leads to a better result for DM control. It was observed that non-adherence to these programs require the low efficacy of the treatment and the high demand for high complexity health services. In addition, it was found that diabetics have lower adherence to a balanced diet and physical activity than the drug treatment. Care lines need joint protection actions, promotion, surveillance, prevention and care, geared to individual diabetic needs. It is important that patients be aware of the risks related to the disease, and, before that, to follow treatment properly. It highlights the importance of family relationships in treatment with regard to aid to changes in habits. So there must be motivation and support to people with diabetes by professionals and relatives in relation to adherence to all types of treatment. The care line aims to provide assistance to cover the patient holistically, promoting health and providing you with motivation to be protagonist of self-care.

Keywords: Diabetes Mellitus; treatment; educational programs; care line; health promotion.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo Geral.....	11
3.2. Objetivos Específicos.....	11
4. MÉTODO.....	12
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1. Diabetes Mellitus.....	13
5.2. Promoção da saúde como eixo de cuidado no Diabetes Mellitus.....	14
5.3. Programas educativos e o cuidado do Diabetes.....	15
5.4. Adesão e não adesão aos programas de saúde.....	16
5.5. Linha de cuidado ao paciente diabético.....	19
6. DISCUSSÃO.....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença conhecida desde a antiguidade. Os egípcios foram os primeiros a registrar descrições sobre o DM, há cerca de três mil anos, e o retrataram como uma enfermidade, caracterizada por uma abundante emissão de urina. Mais tarde, nos séculos V e VI, médicos indianos já mencionavam o fato de a urina de pacientes com diabetes ser adocicada, fundamentando essa observação pela atração de formigas e de outros insetos pela urina desses pacientes (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Na atualidade brasileira, o DM configura-se como um problema de saúde pública, sendo um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1) e o diabetes tipo 2 (DM2). O DM1 é conceituado como um distúrbio metabólico, a qual é o resultado de defeitos na secreção da insulina. Já o DM2 está presente em 90% a 95% dos casos e especifica-se por defeitos na ação e secreção da insulina. É importante destacar que os dois tipos de DM apresentam a hiperglicemia como característica (FRIGO et al., 2012).

Fatores de risco como um estilo de vida inadequado com predisposição genética podem determinar uma relação perigosa, visto que os maus hábitos de vida da sociedade atual junto com o alto consumo de dietas desbalanceadas e a baixa prática de exercícios físicos têm acarretado inúmeras complicações para a saúde e, como consequência, a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão, DM, resistência insulínica (RI) e síndrome metabólica (COSTA et al., 2011; PEIXOTO; SILVA, 2011; CENATTI et al., 2013).

É muito importante que a pessoa com diabetes tenha um cuidado de excelência, com o intuito de prevenir fatores de risco, como o sedentarismo e a obesidade, e com isso promover hábitos de vida saudáveis e o bem-estar do paciente. Destaca-se ainda, três tipos de estratégias para o enfrentamento do diabetes em níveis de prevenção. A prevenção primária caracteriza o tratamento de indivíduos de alto risco para essa síndrome; a prevenção secundária é a identificação de casos não diagnosticados para tratamento; e a prevenção terciária é a intensificação de controle de portadores para

complicações agudas e crônicas (COSTA et al., 2011; PEIXOTO; SILVA, 2011; CENATTI et al., 2013).

Em relação ao tratamento do DM, pode-se dizer que o principal objetivo é a diminuição da morbidade e da mortalidade. Para isso, é essencial a inclusão de medidas tanto medicamentosas quanto não medicamentosas, que têm como propósito o alcance do equilíbrio metabólico, tornando o peso e os níveis de glicemia e de pressão arterial mais próximos dos parâmetros estabelecidos. O tratamento não medicamentoso engloba a educação continuada, as modificações no estilo de vida, a reorganização dos hábitos alimentares, a prática de atividade física, a redução do peso (se necessário), a monitorização dos níveis glicêmicos e a diminuição ou a abolição do fumo e do álcool (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015; SANTO et al., 2012).

É fundamental ressaltar que tanto no tratamento quanto no cuidado, devem ser levadas em consideração as necessidades e as preferências da pessoa com diabetes, onde deve haver um consenso entre o que é preconizado e o modo de vida do paciente. A comunicação é um fator essencial no que concerne à tomada de decisão acerca do autocuidado. Ressalta-se que o autocuidado e a educação para as pessoas com diabetes tornam-se peças centrais, visto a complexidade do manejo e os efeitos adversos do tratamento (BRASIL, 2013).

Considerando o envelhecimento populacional, é importante salientar o crescimento do contingente de diabéticos nos próximos anos no Brasil, uma vez que, atualmente, a expectativa de vida está acima de 70 anos. Com o avanço da idade, ocorre o aparecimento das doenças crônico-degenerativas. Segundo a OMS, atualmente no Brasil, há mais de 16 milhões de adultos com diabetes. A prevalência do diabetes é de 8,1%, onde é maior em mulheres (8,8%) do que em homens (7,4%). Há muitos casos em que o diagnóstico é demorado, o que propicia o surgimento de complicações (MORAIS et al., 2009 e OMS, 2016).

Ao se tratar da alta frequência de internações hospitalares e do aumento de gastos com o tratamento de complicações decorrentes do DM, o Ministério da Saúde vem dando ênfase cada vez maior aos programas de diabetes na rede básica de saúde. Com a intenção de reorganizar e qualificar a assistência em DM, foi criado o

Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus¹ (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015).

Destaca-se a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em relação ao DM. Com base nisso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca alguns fatores que podem ser influenciadores na adesão do autocuidado, são elas: características pessoais; condição socioeconômica e cultural; e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional. Apesar disso, o DM é uma das doenças crônicas que apresentam baixa adesão ao tratamento pelo fato de precisar de um autocuidado e de readequação dos hábitos de vida (VILLAS BOAS et al., 2011).

Por fim, no que diz respeito à linha de cuidado com o paciente diabético, nota-se que o modelo de atenção hospitalocêntrico não consegue seguir as mudanças que ocorrem no perfil epidemiológico da população, já que há elevados casos de doenças crônicas. Na abordagem da linha de cuidado, a estruturação da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sofre pela desintegração dos serviços, dos programas, das ações e das práticas clínicas, a qual evidencia a desarmonia entre a oferta e as necessidades de serviços existentes (BRASIL, 2013).

¹ Oficializado por meio da Portaria/SPS nº 7, publicada no DOU de 6/3/2001 e atualizada pela Portaria nº 20 publicada em 10/8/2001 e composto por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes, Nefrologia, Federação Nacional das Associações de Portadores de Diabetes e Federação Nacional e Associações de Portadores de Hipertensão Arterial.

2. JUSTIFICATIVA

Esse estudo busca abordar o DM enquanto doença crônica, o qual tornou-se um problema de saúde pública, necessitando de um enfoque na linha de cuidado voltada à promoção da saúde.

De modo a conhecer essa linha de cuidado adotado pelo serviço público de saúde brasileiro, foi realizada uma revisão de literatura, buscando os programas educativos existentes que são voltados à promoção da saúde das pessoas com diabetes.

Essa revisão de literatura foi norteadada pela seguinte pergunta: Os programas de diabetes no Brasil, em geral, seguem uma linha de cuidado de promoção da saúde?

3. OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

- Caracterizar, por meio da revisão de literatura, a adesão aos tratamentos do diabetes no âmbito do serviço público de saúde no Brasil no que concerne à promoção da saúde.

b. Objetivos Específicos

- Sistematizar estudos e pesquisas sobre a adesão de pessoas com diabetes aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso;
- Verificar, na literatura, a existência de uma linha de cuidado e de foco na promoção da saúde, nos programas voltados ao DM.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura ou revisão bibliográfica acerca da promoção da saúde com abordagem a linha de cuidado e adesão dos diabéticos a algum tipo de tratamento, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso. Essa revisão propõe demonstrar o estágio atual do conhecimento em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para o desenvolvimento de estudos posteriores (SANTOS, 2012).

Foram consultadas algumas bases de dados, tais como: Scielo, BVS, Medline e Lilacs, durante o período de 2006 a 2015. Foram selecionados 29 artigos que tratam da adesão aos programas de saúde pelos pacientes diabéticos, abrangendo uma linha de cuidado com foco na promoção da saúde.

5. REVISÃO DE LITERATURA

a. Diabetes Mellitus

“O diabetes mellitus é considerado um grupo de doenças metabólicas e que tem em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou de ambas. Essa hiperglicemia crônica está associada a complicações em longo prazo e à falência de diferentes órgãos, em especial os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos” (ROSSI, SILVA e FONSECA, 2015 p. 1821).

O DM apresenta duas formas principais, o tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). O primeiro manifesta-se principalmente na infância ou na adolescência, já o segundo corresponde a aproximadamente 85% a 90% dos casos e aparece vagarosamente, principalmente em adultos. Ainda existem outras formas menos frequentes de DM, a gestacional e outros tipos que ocorrem devido aos defeitos genéticos funcionais das células betas do pâncreas e à ação da insulina (GUIDONE et al., 2009). Com relação às duas formas mais comum do diabetes, é necessário explicar qual a diferença entre esses dois tipos e caracterizar cada um deles de acordo com suas especificidades.

O DM1 indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para manter a homeostasia glicêmica e metabólica, a saúde e prevenir cetoacidose. A destruição das células beta, em geral, é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (BRASIL, 2013).

O DM2 caracteriza uma deficiência relativa de insulina, ou seja, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção. Depois do diagnóstico, o DM2 pode evoluir por muitos anos antes de precisar da insulina para controle. É necessário salientar que seu uso, nesses casos, não se destina a evitar a cetoacidose, e sim a alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL, 2013).

Os sinais e sintomas que podem levantar a suspeita do diabetes são conhecidos como os “quatro P’s” (poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso). Esses

sinais podem estar presentes no DM2, mas são mais agudos no DM1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo (BRASIL, 2013).

b. Promoção da saúde como eixo de cuidado no Diabetes Mellitus

Segundo a Carta de Ottawa², a promoção da saúde deve ser entendida como a capacitação das pessoas e das comunidades para modificar os determinantes sociais da saúde em benefício da própria qualidade de vida, reduzindo-se assim a vulnerabilidade e o risco à saúde. É importante levar em consideração o indivíduo em seu aspecto social, econômico e cultural, crenças, o modo como vive esse paciente, conhecer como esse lida com todo processo de aceitação do diabetes; respeitando a diversidade de cada um (COSTA et al., 2011; ANTÃO; DANTAS; MARTINS, 2013).

A promoção da saúde retrata uma opção de mudança nos modelos assistenciais, nos quais o indivíduo pode assimilar melhor o processo de saúde-doença, estabelecendo a construção de outras formas de saberes e melhorando a qualidade de vida da população. Nesse caso, os profissionais apresentam-se como seres atuantes no processo de capacitação do diabético, o qual torna-se participante do processo do seu autocuidado, podendo reduzir os agravos decorrentes do DM (ANTÃO; DANTAS; MARTINS, 2013).

A educação em saúde é um dos principais instrumentos que permite a promoção do bem-estar dos indivíduos no Brasil. É notório que o caráter multidimensional identificado na saúde proporciona que o usuário seja um indivíduo em busca de autonomia, caracterizando a essencialidade da prática nesse âmbito de atenção (CARNEIRO et al., 2013).

A qualificação das ações de educação em saúde, no ponto de vista da integralidade e da participação social, pode desempenhar melhor resolubilidade, eficácia e legitimação de políticas e programas de promoção da saúde. Com a implantação das ações educativas com ênfase na prevenção de complicações crônicas,

² Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, ocorrida em Ottawa, novembro de 1986.

é importante abranger abordagens pedagógicas participativas e processos comunicacionais humanizados, centralizados nos sujeitos e na percepção deles sobre o processo saúde-doença, para assim obter o impacto desejado (REZENDE, 2011).

A maior importância da promoção da saúde como estratégia de organização da gestão das práticas de bem-estar deve ser a pluralidade de ações para a preservação e o aumento do potencial individual e social de formas de vida saudável, em que podem ser indicadas duas direções: a integralidade do cuidado e a construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial (MALTA et al., 2009).

Nota-se que os processos educativos em saúde possuem forte influência nos hábitos de vida e no aprimoramento da relação profissional-indivíduo. A educação em saúde, norteada pelo diálogo e troca de saberes, favorece a percepção da promoção da saúde e a ligação entre saber científico e popular. A realização dessa educação proporciona a capacitação das pessoas em manterem-se saudáveis, permitindo escolher uma vida mais sadia (SILVA et al., 2009).

c. Programas educativos e o cuidado do Diabetes

Em diversos países, vários estudos têm demonstrado a importância de programas educativos na promoção da adesão ao tratamento, o que ocasiona um melhor resultado no controle do DM. Entretanto é fundamental que esses programas não sejam impostos a esses indivíduos. Assim, é necessário contar com a atuação das pessoas e da comunidade, sendo esse um princípio ético que confere eficácia e sustentabilidade às ações de saúde (REZENDE, 2011).

É notável que a promoção de hábitos saudáveis significa priorizar medidas que reduzam a vulnerabilidade em saúde por meio de intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais e econômicos do processo saúde-adoecimento. No cuidado integral às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)³, percebe-se que a promoção

³ Segundo o Ministério da Saúde, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde.

da saúde é essencial na construção de intervenções nos fatores de risco e na proteção (BRASIL, 2008).

A difícil adaptação da pessoa diabética ao tratamento é decorrente da falta de motivação atrelada à falta de conhecimento em relação às complicações, pois as adaptações no estilo de vida são difíceis de serem aplicadas, devendo haver algo que estimule constantemente esse indivíduo no decorrer do acompanhamento interdisciplinar (FRIGO et al., 2012).

O desconhecimento acerca do DM, tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associado à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se ao problema da adesão. É imprescindível a implantação de novas abordagens que motivem os indivíduos com diabetes, sensibilizando-os quanto à adoção de novos hábitos e estilo de vida. (FRIGO et al., 2012).

Percebe-se que as ações em saúde focam no planejamento e gestão, no espaço do território e no conceito ampliado de saúde, devendo-se reconhecer que as ações de promoção da saúde para o cuidado integral são marcadas pela necessidade de articulação intersetorial, a qual requer que os diversos setores trabalhem juntos na construção de estratégias, políticas e planos de ação locais, bem como no estabelecimento de redes de co-responsabilização entre sujeitos e coletivos pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde (BRASIL, 2008).

d. Adesão e não adesão aos programas de saúde

A adesão é definida como o “grau em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do profissional de saúde, no que diz respeito à tomada de medicamentos, seguindo uma dieta e mudando o estilo de vida”. Esse conceito é abordado de forma grosseira e impositiva, onde se percebe que não há respeito as necessidades individuais de cada paciente, e nota-se que não há consenso entre profissional e paciente, prevalecendo o que é dito pelo profissional de saúde (ROSSI, SILVA e FONSECA, 2015, p.1822).

Com relação às atividades de autocuidado, diversos estudos abordam a sua baixa adesão. Alguns elementos são responsáveis pela ascendência desse problema, tais como: fatores de ordem pessoal, socioeconômica e cultural. Além disso, aspectos relativos à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e à equipe multiprofissional podem ser grandes influenciadores no autogerenciamento dos cuidados com o DM. O tratamento, a forma como os profissionais abordam o paciente com diabetes pode influenciar em vários aspectos no que diz respeito ao processo de enfrentamento do DM. Isso pode ser justificado pela forma como a pessoa com diabetes é abordada no serviço de saúde e como a família está apoiando o paciente com DM (REZENDE NETA, SILVA e SILVA, 2015).

Embora estudos científicos revelem que a mudança no estilo de vida do diabético melhora o controle metabólico e evita o aparecimento de complicações causadas pela doença – complicações macrovasculares e microvasculares, retinopatias, pé diabético, neuropatias, hipertensão arterial –, dados comprovam uma baixa adesão pelo diabético a essa mudança. (COSTA et al., 2011).

A não adesão ao tratamento do DM configura-se como um problema de magnitude reconhecida no cenário internacional e nacional, o que acarreta a baixa eficácia do tratamento e a elevada demanda por serviços de saúde de alta complexidade (ARRELIAS et al., 2015).

As consequências ocasionadas pela não adesão ao tratamento são diversas, tais como: a piora do quadro clínico do paciente com diabetes; o aparecimento de complicações; queda na qualidade de vida e bem-estar; a falta de obtenção dos benefícios esperados, a deterioração da relação profissional/paciente e o aumento do custo financeiro do indivíduo diabético e do sistema de saúde devido ao número elevado de hospitalizações e do tempo de tratamento. (ROSSI, SILVA e FONSECA, 2015).

O profissional de saúde tem atuação fundamental na aceitação do tratamento e no aconselhamento de pacientes crônicos. Os conselhos proporcionados pelo profissional de saúde possuem três estágios: 1) concordância com o tratamento; 2) adesão (fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o

autocuidado); 3) manutenção (o diabético incorpora o tratamento de acordo com seu estilo de vida). Com isso, é necessário estabelecer um diálogo entre o profissional e a pessoa com diabetes, onde deve haver consenso entre a adoção de certos comportamentos e medidas de promoção e prevenção de complicações, (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Ressalta-se a importância da família no tratamento do diabético, pois atua como elemento essencial na motivação do paciente para a adesão terapêutica, visto que o suporte e a interação familiar repercutem positivamente para a melhoria do autocuidado (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Foi realizado um estudo, na região sudeste do Brasil, acerca da adesão de pacientes ao tratamento. Verificou-se a não adesão ao autocuidado do diabético nos seguintes aspectos: tomar a medicação, seguir a dieta, mudar o estilo de vida e seguir as demais recomendações pactuadas com os profissionais de saúde. No que diz respeito à prevalência da não adesão, há uma variação dependendo da população abordada. Na literatura, as taxas variam de 17% a 86% para o tratamento medicamentoso, 62% a 71% para o plano alimentar e de 47% a 80% para atividade física (ARRELIAS et al., 2015).

Alguns estudos científicos mostram que os diabéticos têm menor adesão à dieta balanceada e à atividade física do que ao tratamento medicamentoso. A maioria das evidências científicas são voltadas à aceitação ao tratamento medicamentoso. Porém, os estudos relacionados à adesão à dieta e à atividade física ainda são escassos (ARRELIAS et al., 2015). Ressalta-se que as características do regime terapêutico e as responsabilidades do paciente concernentes à cronicidade da doença podem contribuir para a baixa adesão encontrada nos diabéticos (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

É indispensável a abordagem multidisciplinar para o acompanhamento dos indivíduos diabéticos, voltada para o prosseguimento do tratamento a longo prazo e da educação continuada desses indivíduos. Essas estratégias têm evidenciado o aumento da adesão ao tratamento por parte dos diabéticos, reduzindo os custos com o sistema de saúde (MORAIS et al., 2009).

Um desafio enfrentado pelos profissionais da saúde é atender as necessidades do paciente por meio de programas de orientação e acompanhamento, buscando a aceitação do diabético ao tratamento proposto e, conseqüentemente, o controle da patologia (ROSENDO; FREITAS, 2012).

A equipe de saúde deve promover uma reorganização da maneira de diagnosticar a doença, atendendo e acompanhando os indivíduos diabéticos para que ações educativas voltadas à prevenção e à promoção da saúde possam ser promovidas, mantendo os registros atualizados, programando reavaliações periódicas e realizando a busca ativa (FONSECA, 2013).

Para a administração da doença, é preconizado o estabelecimento de um vínculo entre o profissional de saúde e os pacientes, onde deve haver capacitação desse profissional junto ao apoio da família e dos equipamentos sociais. No momento em que os diabéticos têm dificuldades para assumir o autocuidado no gerenciamento da doença, considera-se a possibilidade de não adesão ao tratamento preconizado (ARRELIAS et al., 2015).

No âmbito da população diabética, o processo de avaliação que monitora a adesão ao tratamento requer atenção, visto que o tratamento demanda aceitação da doença e, conseqüentemente, adesão às mudanças no estilo de vida, que abrange uma dieta adequada, realização exercícios físicos, adoção de medidas de autocuidado e redução do alcoolismo e tabagismo (MORAIS et al., 2009)

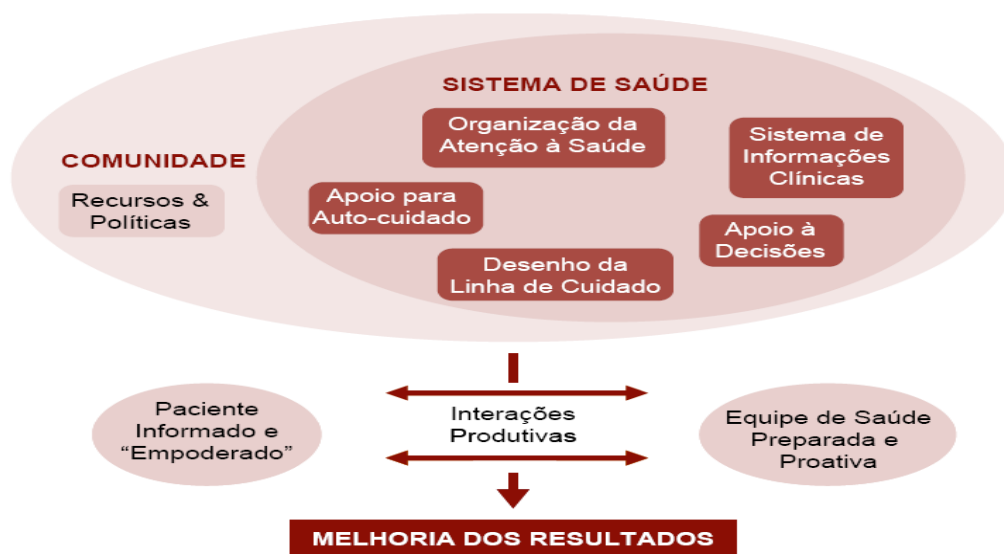
e. Linha de cuidado ao paciente diabético

A Linha de Cuidado (LC) presume a existência de uma rede de serviços que dê suporte às ações necessárias ao diabético, bem como um projeto terapêutico adequado àquele usuário que norteie o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Assim, a finalidade da linha de cuidado no DM é fortalecer e qualificar a atenção ao diabético por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (MALTA e MERHY, 2010 e BRASIL, 2013).

Atualmente, o modelo de gestão mais apropriado para o cuidado de doenças crônicas é o Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC)⁴. No sistema de saúde, o MCC apresenta os seguintes elementos primordiais para o aumento da alta qualidade do cuidado: a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada; o apoio à decisão clínica; e o sistema de informação clínica. (OPAS, 2010).

O modelo tradicional hospitalocêntrico⁵ não consegue trazer a resolutividade e a eficiência indispensável à gestão quando se trata do cuidado de DCNT. Mendes (2009) aponta que o sistema de saúde deve ser organizado de forma poliárquica, ou seja, a posição central é destinada à Atenção Primária de Saúde (APS), trabalhando de forma articulada e organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre todos os níveis (OPAS, 2010).

Figura 1: Modelo de cuidado para doenças crônicas



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes, p. 25, 2010.

⁴ Modelo desenvolvido por Wagner e colaboradores, no MacCollInstitute for Health Innovation de Seattle, nos Estados Unidos da América – EUA, 1998.

⁵ É baseada nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (não precisariam ir ao hospital).

Na descrição da linha de cuidado, compreende-se a produção da saúde em forma de sistema, em que o funcionamento acontece a partir de redes macro e microinstitucionais, nos quais está interligada a figura de uma linha de produção que retoma ao fluxo de assistência ao paciente diabético, concentrando em suas necessidades (MALTA; MERHY, 2010).

A organização da linha de cuidado presume-se a partir da responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do paciente, o que é algo ainda distante da prática cotidiana. O que se almeja é o fortalecimento do trabalho do cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o paciente diabético, faça um trabalho ativo e qualificado (MALTA; MERHY, 2010).

A execução da linha de cuidado depende do apoio dos gestores, conduzindo os fluxos micro da LC com os macroprocessos. Os gestores controlam serviços e recursos assistenciais e são responsáveis pelo atendimento dos usuários, controlando a sua entrada no sistema de saúde, garantindo o acesso aos serviços junto aos recursos necessários, e qualificando as respostas dadas às suas necessidades de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

As linhas de cuidado necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas às necessidades individuais do paciente diabético, no qual é consentido não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapia, mas também uma visão global das suas condições de vida (WIRZBICKI; OLIVEIRA, 2014).

A implantação de uma linha de cuidado pode aumentar a forma de organização dos serviços de saúde, o que pode ser um forte aliado na vinculação das equipes de saúde aos diabéticos. Com isso, é fundamental o auxílio dos gestores nos processos de gestão, enfatizando a interação dos profissionais na determinação da co-responsabilização dos atores envolvidos nas práticas do cuidado (BRASIL, 2008).

6. DISCUSSÃO

Com a leitura de vários artigos sobre o DM, pôde-se constatar que as mudanças provocadas pela doença no modo de viver das pessoas são múltiplas. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde e os familiares visualizem como ocorre a aceitação da doença pelo diabético e o apoiem. Salienta-se também que o diabetes é uma doença que precisa de um cuidado atento, visto que a população, em geral, segue dietas desbalanceadas e vive de modo sedentário, o que pode acarretar complicações severas não somente aos diabéticos, mas também aos não diabéticos.

Destaca-se a importância da consciência que o diabético deve ter sobre os riscos relacionados à doença e que, diante disso, possa seguir o tratamento medicamentoso e não medicamento de forma adequada, controlando o DM, promovendo saúde e qualidade de vida e prevenindo maiores complicações (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Notou-se também que a relação familiar tem papel fundamental no tratamento do diabetes, principalmente no auxílio às mudanças de hábitos e na reeducação alimentar, pois o modo como a família se organiza influencia no manejo correto da doença (BRAGA, 2014).

A promoção da saúde atua como forma de capacitação dos diabéticos no intuito de serem protagonistas do seu próprio cuidado. Ainda é necessário assimilar o processo saúde-doença de maneira a construir uma forma de saber, adequando os hábitos de vida de modo satisfatório para o controle do diabetes. É necessário que a forma de cuidado adotada se aproxime cada vez mais de práticas saudáveis para que o paciente possa readequar seus hábitos, praticar exercícios e seguir o tratamento medicamento da forma correta, podendo viver com qualidade de vida.

O papel do profissional de saúde no cuidado do diabético é uma prática que pode fazer toda a diferença, visto que o modo como as informações são transmitidas ao paciente podem ser influenciadoras na maneira como é realizado o manejo da doença. É imprescindível que todos os profissionais promovam ações que possibilitem uma vida mais saudável aos diabéticos. O profissional deve ficar atento às experiências

individuais dos diabéticos em relação ao modo de viver, às suas crenças e aos seus hábitos e costumes, visualizando o contexto e as condições sociais em que vivem.

No que diz respeito aos programas educativos, além da motivação de participação e adesão às práticas saudáveis, é necessário ter cuidado com as porções ingeridas na dieta. Na realização da prática de exercício, é indispensável ter alguns cuidados em relação ao controle do diabetes, tais como: o reajuste de insulina de acordo com a modalidade e intensidade do exercício praticado; o profissional deve observar as condições do paciente naquele dia e escolher uma modalidade que o diabético possa ser capaz de realizar; medir a glicose antes e depois da atividade física; orientar o diabético quanto à realização da hidratação adequada; e salientar o uso de calçado adequado para que possa promover maior conforto na prática do exercício com menos riscos.

Notou-se que há certa facilidade na adesão ao tratamento medicamentoso em relação à reeducação alimentar e às práticas de exercícios. Isso nos faz pensar que essa resistência em ter hábitos de vida saudáveis pode estar ligada à maneira como as informações são transmitidas. Constatou-se que falas impositivas e proibitivas podem ser fatores cruciais para o afastamento do diabético aos serviços de saúde e ao tratamento. Com isso, é importante que tanto o profissional de saúde quanto os familiares saibam abordar essas questões e atuem como apoiadores no enfrentamento dessas limitações.

Acredita-se que o fator da baixa adesão pode estar ligado à forma como os diabéticos são orientados. É importante não adotar uma postura impositiva e proibitiva no que diz respeito às limitações consequentes da doença. Considerando, assim, o valor da prática de exercício e hábitos de vida saudáveis (ESPÍRITO SANTO et al.,2012).

A escolha de uma linha de cuidado pode ser um fator determinante na percepção das reais necessidades do diabético em relação ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não. Saber abordar o paciente de forma correta é essencial para a construção da linha de cuidado e consequente desenvolvimento de ações prioritárias para cada diabético.

As linhas de cuidado proporcionam a padronização das condições de saúde no período da história natural do diabetes, o que permite a inclusão de ações prevenção e promoção da saúde no cuidado, além de estratégias curativas, reabilitadoras e paliativas (BRASIL, 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o diabetes se configura atualmente como um problema de saúde pública, faz-se necessário um olhar crítico em relação à maneira como acontece o tratamento e as orientações que são transmitidas pelos profissionais. Nesse sentido, é necessário aumentar a sensibilidade dos diabéticos quanto à relevância do autocuidado e à necessidade de seguir medidas saudáveis.

A mudança no estilo de vida dos diabéticos é fator essencial para o desenvolvimento positivo do tratamento da doença e para evitar maiores problemas no decorrer da vida. Vale ressaltar a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, visto que a junção dos dois pode proporcionar ao diabético a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes de um cuidado relapso com a doença.

Notou-se que os programas educativos têm impacto significativo na promoção da adesão ao tratamento, visto que a falta de motivação e a falta de conhecimento das complicações da doença podem levar o diabético a afastar-se cada vez mais dos cuidados.

A promoção da saúde é considerada um pilar importante no autocuidado do diabético, visto que a prevenção de comorbidades pode ser fator essencial para a sua qualidade de vida. A abordagem multidimensional proporciona ao diabético a busca pelo autocuidado e consequente autonomia no enfrentamento da doença, nas mudanças de hábitos e na prática de exercícios.

Vários fatores podem ser influenciadores na adesão e não adesão ao tratamento. A adesão pode ter respostas positivas quando é inserida uma abordagem multidisciplinar, considerada um fator determinante nos tratamentos a longo prazo. Já a não adesão pode estar fortemente ligada a fatores pessoais, socioeconômicos e culturais ou até mesmo multiprofissionais.

A abordagem da linha de cuidado é determinante para conscientizar o diabético acerca da proteção, promoção, vigilância, prevenção, assistência e autocuidado, os quais possibilitarão o fortalecimento da autonomia do diabético para enfrentar as mudanças de hábito, necessárias ao tratamento.

Com vistas a promover a adesão do paciente a todos os tipos de tratamento, é necessário que os profissionais e os familiares atuem como motivadores. Além disso, é fundamental que o diabético tenha consciência da importância do tratamento da doença para que não haja complicações maiores no futuro.

Por fim, em relação à linha de cuidado, é interessante ter uma percepção aguçada para que possam ser percebidas as necessidades pessoais do diabético em relação ao tratamento, aos seus hábitos, ao modo de lidar com a doença, entre outros. Assim, a linha de cuidado poderá proporcionar uma assistência que abranja o paciente de forma integral, promovendo saúde para ser protagonista do seu autocuidado.

REFERÊNCIAS

ANTÃO, J.Y.F.L.; DANTAS, M.N.L.; MARTINS, A.A.A. **Complicações do diabetes mellitus: uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro**. Revista e-ciência, v.1, n.1, out. 2013.

ARRELIAS, C.C.A. et al. **Adesão ao tratamento do diabetes *mellitus* e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico**. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):315-22.

ASSUNÇÃO, T.S; URSINE, P.G.S. **Estudos de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família**. Belo horizonte. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(2): 2189-2197.

BEM, A. F.; KUNDE, J. **A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do diabetes mellitus**. J. Bras. Patol. Med. Lab., v. 42, n. 3, p. 185-91, 2006.

BRAGA, T.M.O. **Uma revisão de literatura acerca da adesão dos portadores de diabetes mellitus tipo I no programa de saúde da família (PSF)**. Valparaíso de Goiás, jun. 2014.

BRASIL. Guia de Referência Rápida: Diabetes Mellitus. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/. Acesso em: 06/07/2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, vol. 31, n.2, feb. 2012.

CENATTI, J.L. et al. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à saúde**. Centro-Oeste, v. 2, n. 1, 2013.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.16, n.3, mar. 2011.

FONSECA, L. A. **DIABETES MELLITUS: estratégia para melhor abordagem do paciente**. Minas Gerais, fev. 2013.

FRIGO, L. F. et al. Ação educativa interdisciplinar para pacientes com diabetes na atenção básica: uma revisão bibliográfica. **Revista de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz**. Rio Grande do Sul, v. 2, n. 4, 2012

GUIDONE, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, vol. 45, n. 1, jan./mar., 2009.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 18, n. 1, 2009.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**. Minas Gerais, vol.14, n. 34, jul./set. 2010.

MORAIS, G.F.C et al. **O Diabético Diante do Tratamento, Fatores de Risco e Complicações Crônicas**. Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, abr./jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linha de cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2010.

PEIXOTO, G.V.; SILVA, R.M. Estratégias educativas ao portador de diabetes mellitus: revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 13, n. 1, dez. 2011.

REZENDE, A.M.B. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. São Paulo, 2011.

REZENDE NETA, D.S.; SILVA, A.R.V.; SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes *mellitus* ao autocuidado com os pés. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Piauí, jan/fev. 2015.

ROSENDO, R.A.; FREITAS, C.H.S.M. Diabetes Mellito: Dificuldades de Acesso e Adesão de Pacientes ao Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, 2012.

ROSSI, V.E.C, SILVA, A.L, FONSECA, G.S.S. **Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Minas Gerais, set./dez. 2015.

ESPÍRITO SANTO, M. B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista.** Belo Horizonte, v. 15, n. 1, mai. 2012.

SANTOS, V. **O que é e como fazer “Revisão da Literatura” na pesquisa teológica.** Fides Reformata, n. 1, 2012.

SILVA, A.R.V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: Revisão Bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 146-151, jul./set. 2009.

VILLAS BOAS, L.C.G. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, abr/jun 2011.

WIRZBICKI, D.C.M; OLIVEIRA, K.R. As linhas de cuidado como estratégias de atenção em saúde para doenças crônicas não transmissíveis. **Salão do Conhecimento.** Rio Grande do Sul, v. 2, n. 01, 2014.