

Adesão do paciente com nefropatia diabética em tratamento hemodialítico

Compliance of patients with diabetic nephropathy on hemodialysis treatment

DOI:10.34119/bjhrv5n1-337

Recebimento dos originais: 08/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Ana Paula Bilac Azevedo

Graduada em psicologia

Instituição: Universidade de Brasília - UnB

Endereço: QNL 11 Conjunto G Casa 13 - Taguatinga/DF

E-mail: ana.bilac.azevedo@gmail.com

Carmen Lúcia Lucas da Silva

Mestre em Saúde da Mulher

Instituição: ESCS/FEPECS/DF

Endereço: QI 23 Lote 13 Ed. Monalisa, Apt 201 - Guará II/DF

E-mail: carmenluciaucb@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: Trata-se de um estudo analítico descritivo, com abordagem qualiquanti, a partir da descrição e análise dos dados sobre os comportamentos de adesão aos tratamentos da diabetes e hemodiálise, realizado na Unidade de Nefrologia (UNEFRO), no setor de hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga - HRT/DF. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é analisar e descrever os comportamentos de adesão ao tratamento das pessoas com Nefropatia Diabética em tratamento hemodialítico. **Método:** A amostra foi constituída por 10 participantes diagnosticados com nefropatia diabética em tratamento hemodialítico. Para obtenção dos resultados foi utilizado um questionário sociodemográfico. Também foi realizada a aplicação do questionário estruturado para avaliação sobre adesão, que consiste em mensurar os comportamentos de adesão da pessoa com nefropatia diabética em tratamento hemodialítico: “Questionário de Avaliação de Adesão da Pessoa com Nefropatia Diabética em Hemodiálise”. Para análise dos dados foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (medida não paramétrica da dependência dos postos das variáveis). Foi utilizado SPSS 20.0 e Excel para tabulação de dados. Após a análise quantitativa, os dados foram analisados qualitativamente, a fim de observar possíveis correlações entre variáveis. **Conclusão:** A partir da análise dos dados deste estudo foi possível observar que os comportamentos dos participantes, em grande parte das variáveis observadas, não sugerem adesão ao tratamento.

Palavras-chave: nefropatia diabética, diabetes, doença renal crônica, hemodiálise, adesão ao tratamento, psicologia.

ABSTRACT

Introduction: This is a descriptive analytical study, with a qualiquanti approach, based on the description and analysis of the treatment behavior of diabetes and hemodialysis

treatments, carried out in the Nephrology Data (UNEFRO), in the hemodialysis sector of the Taguatinga Regional Hospital - HRT/DF. **Objective:** The objective of this article is to analyze and analyze the aspects of adherence to people's treatment. **Method:** The sample consisted of 10 diabetic participants with nephropathy undergoing hemodialysis. To ensure the results, a sociodemographic means was used. The operation was carried out with the ethical application with the possibility of treatment of the evaluation to evaluate the person's adherence, which consists of treatment for the evaluation of the diabetic evaluation of the person's adherence: "Questionnaire of the person with evaluation treatment of the diabetic evaluation in hemodialysis". For data analysis, Spearman's certainty certification was used (less parametric of the dependence of the variable ranks). SPSS 20.0 and Excel were used for data tabulation. **Results:** After an analysis, the quantitative analysis data were studied, from possible correlations between variables, in order to make it possible to study participant data, in large part of the variables analyzed from observed studies, not from the partnership to the possible treatment of observing the data studied.

Keywords: Diabetic nephropathy, Diabetes, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Adherence to treatment, Psychology.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública mundial.¹ No Brasil, em 2018, a taxa de prevalência em sua fase terminal, na qual são utilizadas terapias renais substitutivas (TRS), foi de 640 pacientes por milhão da população (pmp).¹

A DRC é caracterizada por uma perda progressiva e irreversível das funções renais, que ocasionam diversas alterações metabólicas, além de um desequilíbrio hidroeletrólítico do organismo. Em sua fase terminal, há uma perda total da eficiência dos rins, o que torna necessária a utilização das TRS.²

Algumas comorbidades são consideradas como causadoras da falência da função renal, dentre as principais consta o diabetes mellitus (DM). O DM é caracterizado como uma doença crônica não transmissível, que atua elevando o nível de glicose no sangue. É também considerada um problema de saúde pública por apresentar elevados níveis de incidência e mortalidade, além de possíveis influências em aspectos sociais e econômicos das pessoas com esse diagnóstico.³

Essa comorbidade, quando associada à DRC, é denominada Nefropatia Diabética (ND), também conhecida como doença renal do diabetes (DRD). Ela é provocada por alterações hemodinâmicas que, agregadas às consequências da hiperglicemia, podem causar lesões na microcirculação renal ocasionando a esclerose glomerular. Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017, realizado pela Sociedade Brasileira de

Nefrologia (SBD), a DM está entre as causas primárias mais frequentes de DRC, em com prevalência em cerca de 31%.⁴

Assim, os estudos apontam que as patogêneses das lesões glomerulares gerados pela ND provocam primeiramente uma alteração metabólica hormonal. Como consequências disso, outras complicações são desenvolvidas como alterações da composição da membrana basal e matriz, crescimento do rim e do glomérulo e hiperfiltração glomerular com aumento de pressão transcápsular. Após o desenvolvimento dessas complicações, pode ocorrer uma progressão para uma situação terminal do funcionamento renal.⁵

Recentemente, foi constatada uma redução da taxa de complicações crônicas associadas ao DM e que houve uma diminuição nas duas últimas décadas, de aproximadamente 28%, na ND, em sua fase mais avançada (doença renal terminal). No entanto, os índices de ND permanecem elevados, pois o número de pessoas diagnosticadas com DM continua aumentando. Por isso, a ND continua sendo considerada, também no Brasil, como a principal no desenvolvimento de doenças crônicas identificada em pessoas admitidas em tratamento hemodialítico.³

Com isso, a ND é mundialmente associada ao desenvolvimento da nefropatia crônica, indicando assim a DM como principal comorbidade desencadeadora da DRC. Além disso, ela é considerada um potencial fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e eventos coronarianos, influenciando no aumento da evolução da ND e da mortalidade desse público.³

Para diagnóstico e acompanhamento da ND é feito um rastreamento da doença, que é geralmente iniciado, no caso de pessoas com DM2 logo após diagnóstico do DM. Já as com DM1, o acompanhamento é feito cinco anos após o diagnóstico da doença. Em tal rastreamento são observados preferencialmente os valores de albumina, em amostra isolada de urina. Também pode ser observado o índice albumina-creatinina ou apenas a concentração de albumina. Já avaliação da TFG com equações é feita junto ao acompanhamento de rotina da albuminúria.⁵

O tratamento da ND tem como objetivos diminuir a Excreção urinária de albumina (EUA) para alcance dos seus valores normais (normoalbuminúria), conter a elevação gradual da EUA e desacelerar a redução da TFG, além controlar fatores de risco para eventos cardiovasculares. Para isso, são consideradas como principais estratégias, sem incluir as terapias de substituição renal, a utilização de fármacos que atuam no Sistema

renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), controle pressórico, controle glicêmico e controle de lipídeos.⁵

Apesar de não estar comprovando o papel do controle glicêmico como protetor da ND, da creatinina sérica, progressão para doença renal terminal (DRT) e da mortalidade por doença renal, o controle glicêmico intenso é, geralmente, sugerido como forma de prevenção primária para controle da progressão da microalbuminúria em pessoas com DM. Além disso, é utilizada estratégia de prevenção e controle de complicações microvasculares e macrovasculares ocasionadas pela DM.⁶ Essa estratégia objetiva manter a HbA1c <7%. No entanto, o acompanhamento e condutas são individualizados e de acordo com a presença de comorbidades.³

As TRS são utilizadas como métodos artificiais de depuração do sangue, que contribuem para a sobrevivência das pessoas com DRC em tratamento. Dentre as modalidades dessas terapias, destaca-se como tratamento eficaz a Hemodiálise (HD) para pessoas com diagnóstico de ND, com função renal em fase terminal. A HD consiste na filtração do sangue, retirando toxinas e resíduos nitrogenados, devolvendo, em seguida, o sangue ao corpo do indivíduo. Esse tratamento é, geralmente, realizado durante quatro horas, a cada sessão, três vezes por semana.⁵

Apesar de proporcionar a sobrevivência da pessoa em tratamento, tanto os tratamentos não dialíticos quanto a HD incidem sobre a qualidade de vida das pessoas afetadas pela ND, sugerindo diversas mudanças no cotidiano, como por exemplo: alteração da rotina e de hábitos alimentares, restrições hídricas e dietéticas, necessidade de tratamento medicamentoso contínuo, dentre outras. Com isso, tais exigências podem afetar a adesão do indivíduo ao tratamento, o enfrentamento da doença, alterar e limitar a vida diária dessas pessoas, reduzindo o convívio social, podendo impactar sobre sua autonomia.⁷

Sendo assim, pode-se notar que diversos fatores impactam a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas e que o mau controle da doença e a não adesão podem influenciar negativamente sobre o seu prognóstico. Por isso, torna-se imprescindível considerar estratégias de adesão como ferramenta importante para a atuação dos diversos profissionais de saúde, principalmente no que se refere ao tratamento de doenças crônicas.

Uma pessoa pode ser considerada aderente ao seu tratamento quando seu comportamento corresponde às recomendações da equipe de saúde. Isso inclui seguimento de dieta, de prescrições medicamentosas e mudanças no estilo de vida, em, no mínimo, 80% de seu total, no que se referem aos horários, doses e tempo de tratamento.

Contudo, estima-se que apenas $\frac{1}{3}$ das pessoas com doenças crônicas são consideradas aderentes.⁸

O conceito de adesão também remete a noção de colaboração e participação ativa e voluntária do indivíduo nas decisões sobre seu tratamento. Para essa concepção, a adesão não se limita ao seguimento de prescrições medicamentosas.⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco dimensões multidimensionais incidem sobre a adesão do indivíduo ao tratamento: fatores relacionados ao próprio sujeito, ao tratamento, socioeconômicos, relacionados aos sistemas de saúde e a doença.¹⁰

Dessa forma, a adesão ao tratamento torna-se um comportamento importante por parte do indivíduo, pois, na baixa adesão ele pode emitir comportamentos que dificultem o sucesso do tratamento como: dificuldades para seu início, omissões ou esquecimentos de medicamentos, automedicação, faltas às consultas ou retornos agendados, dificuldade na mudança do estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação da enfermidade e até suspensão prematura do tratamento. Esses comportamentos repercutem negativamente sobre a terapêutica tanto sob o ponto de vista médico, clínico, psicossocial, influenciando na continuidade e descontinuidade do tratamento.⁸

Sobre o tratamento hemodialítico, estudos apontam como fatores que influenciam a adesão e que são associados entre si: Confiança na equipe, existência de rede de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, acesso a medicamento, duração do tratamento, esquema terapêutico complexo e ausência de sintomas.⁷

Entendendo que o DM, sem acompanhamento e sem adesão, aumenta de forma significativa a sua progressão para o surgimento de complicações, como o caso da ND, tornar-se imprescindível o trabalho por parte da equipe da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, dentre outros), com foco no desenvolvimento da adesão do indivíduo ao tratamento proposto. No caso das pessoas com ND em tratamento hemodialítico, a adesão deve ser trabalhada em torno dos tratamentos propostos anteriormente, além das necessidades propostas pelo tratamento hemodialítico e as demandas psicológicas e motivacionais que permeiam sua condição de saúde e tratamento da doença.³

Estudos apontam sobre a importância do trabalho multidisciplinar em equipes de saúde no tratamento de doenças crônicas, como no caso da DM e da DRC. As doenças crônicas, em geral, podem causar significativas restrições emocionais, físicas e sociais, alterando efetivamente a qualidade de vida e variadas dimensões da vida das pessoas

afetadas por ela. Portanto, a atuação da psicologia poderá auxiliar a pessoa com ND, em tratamento hemodialítico, no processo de adesão ao tratamento, contribuindo também para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença, a modificação de hábitos e estilos de vida, melhor aceitação da doença e do tratamento, manutenção do autocuidado, estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, manejo de aspectos emocionais e psicológicos influenciados pelas condições da doença e seu tratamento.³ Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar e descrever os comportamentos de adesão ao tratamento das pessoas com Nefropatia Diabética em tratamento hemodialítico.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, a partir da descrição e análise dos dados sobre os comportamentos de adesão aos tratamentos da diabetes e hemodiálise, realizado na Unidade de Nefrologia (UNEFRO), no setor de hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga - HRT/DF.

Os critérios de inclusão foram: participantes diagnosticados com diabetes (DM1 ou DM2), que realizam hemodiálise no setor de nefrologia do Hospital Regional de Taguatinga. No caso de DM1, o diagnóstico deve ter sido feito há pelo menos cinco anos. Já os casos de DM2, com diagnóstico feito há no mínimo um ano. Todos maiores de dezoito anos, ambos os sexos, não há restrições quanto ao nível de escolaridade, mas com capacidades cognitivas preservadas. O participante também deveria estar há pelo menos um mês em tratamento hemodialítico. Além disso, todos os participantes devem ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e respondido aos questionários de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante as sessões de hemodiálise. A amostra foi composta por conveniência. Inicialmente, foi estimada a participação de 30 pacientes. No entanto, houve dificuldades relacionadas aos critérios de inclusão, intercorrências clínicas e óbitos ocorridos durante a pandemia da SARS –CoV 2 – COVID 19. Por isso, contou-se com a participação de 10 pessoas.

A coleta de dados teve início após aprovação deste estudo pelo comitê de ética e **o consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. Posto isto, foram levantados os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, através do sistema de prontuário eletrônico, Track Care® (sistema unificado de informações de saúde). Também foi realizada a aplicação do questionário estruturado para avaliação sobre adesão, que

consiste em mensurar os comportamentos de adesão da pessoa com nefropatia diabética em tratamento hemodialítico: “*Questionário de Avaliação de Adesão da Pessoa com Nefropatia Diabética em Hemodiálise*”. O questionário possui 54 questões de múltiplas respostas e mensura os comportamentos de adesão relacionados ao tratamento da diabetes e hemodialítico. Ele foi construído pela autora do estudo, No entanto, trata-se de uma versão adaptada do questionário *The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (ESRDAQ.). Seu objetivo é identificar aspectos de adesão do paciente no tratamento da Nefropatia Diabética em tratamento hemodialítico. ¹¹

Para análise dos dados foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (medida não paramétrica da dependência dos postos das variáveis). Foi utilizado SPSS 20.0 e Excel para tabulação de dados. e Após a análise quantitativa, os dados foram analisados qualitativamente, a fim de observar possíveis correlações entre variáveis. Este estudo, de CAAE nº, 37928820.2.0000.5553 foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado sob parecer nº 4.401.013, em Novembro de 2020.

3 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 10 participantes. Os Dados sociodemográficos foram apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes. Brasília - Brasil, 2022

		Contagem	% de N da coluna
Região	Ceilândia	1	10,0%
	Samambaia	4	40,0%
	Santa Maria	1	10,0%
	Taguatinga	4	40,0%
	Total	10	1
Idade média			61
Sexo	Feminino	3	30,0%
	masculino	7	70,0%
Cor Raça	Branca	2	20,0%
	Negra	3	30,0%
	Parda	5	50,0%
Escolaridade	Ensino Fundamental imcompleto	8	80,0%
	Ensino medio	2	20,0%
Renda	Aposentado	3	30,0%
	Auxílio doença	1	10,0%
	BPC	4	40,0%
	Sem benefício	2	20,0%
Estado civil	Casado	4	40,0%
	Divorciado	2	20,0%
	Solteiro	1	10,0%
	União estável	3	30,0%

Com quem reside	Companheiro (a) ou Cônjuge (a) e filhos	3	30,0%
	Cônjuge	4	40,0%
	filhos	1	10,0%
	Sozinho	2	20,0%

Através dos dados sócio-demográficos é possível visualizar as condições e perfil social do grupo em estudo. Pôde-se observar então que a maioria dos participantes (80%) reside em Taguatinga e Samambaia. Os outros 20% residem em Ceilândia e Santa Maria.

A idade média é de 61 anos, no entanto, a idade dos participantes varia entre 54 e 71 anos. Os participantes são de ambos os sexos, porém 70% são referentes ao sexo masculino. Há prevalência da raça negra e parda (80%) e escolaridade nível fundamental incompleto (80%). Com relação a renda, os dados informam que 40% recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC), 30% é proveniente de aposentadoria, 20% estão sem benefício e 10% recebe auxílio doença. Também foi observado que a maioria dos participantes são casados (as) ou em situação de união estável e residem com uma ou mais pessoas, dentre elas cônjuges e filhos. Dos participantes, 30% são solteiros ou divorciados e 20% residem sozinhos.

Além dos dados sócio-demográficos, o perfil clínico dos participantes também é considerado relevante para descrição e análise do grupo em estudo. Dessa forma, os dados do quadro abaixo apresentam informações clínicas relacionadas aos tratamentos de diabetes e hemodiálise.

Quadro 1 – Perfil Clínico dos participantes. Brasília – Brasil, 2022.

Dados Clínicos + B2:26		Contagem	% de N da coluna
Tipo de DM	DM2	10	100,0%
Tempo de diagnosticado de DM	cinco anos ou mais	7	70,0%
	há mais de um ano e menos de cinco anos	3	30,0%
Acompanhamento ambulatorial da DM	Esporadicamente (menos que uma vez no ano)	4	40,0%
	Sim, mensalmente	1	10,0%
	Sim, trimestralmente	5	50,0%
Iniciou o tratamento da DM	cinco anos ou mais	5	50,0%
	há mais de um ano e menos de cinco anos	5	50,0%
Método para controle glicêmico	Insulina e dieta	9	90,0%
	Medicamento oral e dieta	1	10,0%
Comorbidades	HAS; *Outras: ICC	1	10,0%
	HAS	1	10,0%
	HAS; Outros: , anemia	1	10,0%
	HAS; Outros: Baixa visão,	1	10,0%
	HAS; Outros: Baixa visão, anemia	5	50,0%
	HAS; Outros: isquemia, anemia	1	10,0%

Tempo de diagnostico com DRC	cinco anos ou mais	4	40,0%
	há mais de um ano e menos de cinco anos	6	60,0%
Acompanhamento ambulatorial da DRC	Esporadicamente (menos que uma vez no ano);	1	10,0%
	Nunca fiz	6	60,0%
	Sim, trimestralmente	3	30,0%
Inicio de tratamento da HD	cinco anos ou mais	1	10,0%
	há mais de um ano e menos de cinco anos	3	30,0%
	há mais de um mês e menos de um ano	6	60,0%

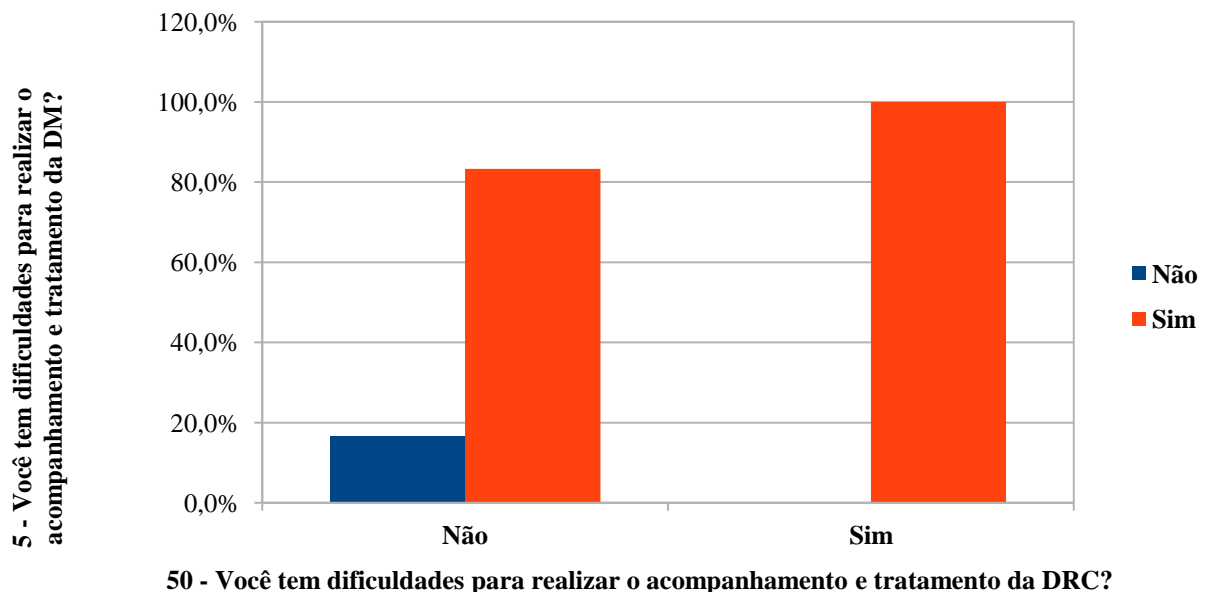
Através desses dados, pode-se observar que todos os participantes deste estudo foram diagnosticados com DM2 e a maioria com diagnóstico ocorrido há 5 anos ou mais. Metade dos participantes realizaram acompanhamento ambulatorial trimestral, 10% com acompanhamento mensal e 40% esporadicamente (menos que uma vez ao ano). Além disso, 50% relatou ter iniciado o acompanhamento há 5 anos ou mais e a outra metade relatou início do tratamento há mais de um ano e menos de cinco anos.

Observou-se também que 90% faz uso de insulina e dieta para controle glicêmico e apenas 10% refere uso de medicamento oral e dieta. Com relação às comorbidades, nota-se que todos os participantes apresentam diagnóstico de HAS e a maioria mencionam baixa visão e anemia.

Sobre a DRC e o tratamento hemodialítico, 60% relatam diagnóstico conhecido há mais de um ano e menos de cinco e 60% informam que nunca fizeram acompanhamento ambulatorial para DRC. Além disso, 60% deu início ao tratamento hemodialítico há mais um mês e menos de um ano. Dos participantes, 30% iniciaram o tratamento há mais de um ano e menos de cinco e 10% há 5 anos ou mais.

Os dados acima expostos sugerem a possibilidade de dificuldades para o acompanhamento dos referidos tratamentos. O gráfico abaixo ilustra a porcentagem dos participantes que informaram sobre a existência de dificuldade para realizar acompanhamento e tratamento tanto da DM quanto da DRC.

Gráfico 1- Respostas sobre a existência de dificuldade para realização dos acompanhamentos e tratamentos da DM e DRC



Do total de participantes, nove relataram SIM para dificuldade para realizar o acompanhamento e tratamento da DM e apenas um informou que NÃO. Com relação ao tratamento da DRC, quatro participantes responderam SIM, informando que enfrentam dificuldades para realização do acompanhamento e tratamento. Seis responderam que NÃO.

Dos participantes que relataram dificuldade para realização do acompanhamento e tratamento de DRC, 100% também apresentam a mesma dificuldade com relação ao tratamento e acompanhamento da DM. Nota-se também que 80% dos que responderam que NÃO identificam dificuldades para acompanhar e tratar a DRC respondeu que SIM (enfrentam dificuldade para acompanhar e tratar a DM). Apenas 20% dos participantes que informaram NÃO enfrentar dificuldades com o acompanhamento e tratamento da DRC relataram também NÃO haver dificuldade para o tratamento da diabetes.

As dificuldades para realizar os acompanhamentos e tratamentos também podem indicar outras dificuldades que incidem sobre os pacientes diagnosticados com DM e DRC. O Quadro 2 apresenta as frequências das respostas sobre os motivos que os participantes indicaram para cada dificuldade enfrentada incidente sobre a adesão aos tratamentos. Cabe ressaltar que cada participante pôde selecionar mais de um motivo em suas respostas e cada motivo uma única vez para cada categoria de dificuldade.

Conta-se o total de sete categorias de dificuldade e os respectivos motivos (caso a resposta do participante seja SIM para existência da respectiva dificuldade): Dificuldades

para realizar o acompanhamento e tratamento da DM; Dificuldades para realizar a medição de glicemia recomendada; Dificuldades para seguir a prescrição medicamentosa; Dificuldades para seguir a dieta recomendada; Dificuldades para realizar atividade física; Dificuldades para seguir a prescrição medicamentosa para as comorbidades e Dificuldades para realizar o acompanhamento e tratamento da DRC. As frequências das respostas correspondem aos motivos indicados pelos participantes como causa das respectivas dificuldades.

Quadro 2 – Motivos das dificuldades para adesão ao tratamento. Brasília - Brasil, 2022.

Motivos	Frequência
Dificuldades para realizar o acompanhamento e tratamento da DM	
Motivo	
Dificuldade para acesso ao transporte	5
Dificuldade financeira	4
Possui limitações físicas que dificultem	4
Não tem acompanhante ou não consegue ir sozinho	4
Dificuldade para acesso ao serviço de saúde (atenção básica)	4
Falta de motivação	3
Não se aplica	2

Dificuldades para realizar a medição de glicemia recomendada	
Motivo	
Possui limitações físicas que dificultem	5
Dificuldade no acesso ao *glicosímetro e/ ou fitas/agulhas	5
Necessita de suporte do cuidador para realização do procedimento	4
Dificuldades na utilização do glicosímetro;	3
Não se aplica	2
Dificuldade financeira	2
Falta de motivação	1
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	1

Dificuldades para seguir a prescrição medicamentosa	
Motivo	
Possui limitações físicas que dificultem	5
Necessita de suporte do cuidador para realização do procedimento	5
Não se aplica	4
Dificuldade financeira	2
Dificuldade de acesso às medicações gratuitas (transporte, disponibilidade da medicação, etc)	2
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	1
Falta de motivação	0

Dificuldades para seguir a dieta recomendada	
Motivo	
Falta de motivação	5
Não se aplica	4
Necessita de suporte do cuidador para realização do procedimento (aquisição e preparo)	3
Limitações físicas que dificultem o acesso à alimentos saudáveis	3
Dificuldade financeira	1
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	1

Dificuldades para realizar atividade física	
Motivo	
Necessita de suporte do cuidador para realização das atividades	9
Limitações físicas	8
Falta de motivação	3
Não se aplica	2
Dificuldade financeira	0
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	0

Dificuldades para seguir a prescrição medicamentosa para as comorbidades	
Motivo	
Outros: efeitos colaterais durante as sessões de HD	8
Limitações físicas	5
Necessita de suporte do cuidador para realização das atividades	5
Dificuldade financeira	3
Dificuldade no acesso às medicações gratuitas transporte, disponibilidade da medicação, etc	3
Não se aplica	2
Quantidade de medicações administradas/ controle de horários	1
Falta de motivação	0
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	0

Dificuldades para realizar o acompanhamento e tratamento da DRC	
Motivo	
Não se aplica	6
Outros: efeitos colaterais durante as sessões de HD	4
Falta de motivação	2
Dificuldade financeira	2
Dificuldade no acesso aos transporte	2
Limitações físicas	2
Necessita de suporte do cuidador para realização das atividades	2
Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde	0

* Os números entre parêntese representam o número da questão correspondente no "Questionário de Avaliação de Adesão da Pessoa com Nefropatia Diabética em Hemodiálise".

Sobre a categoria “Dificuldades para realizar o acompanhamento e tratamento da DM”, os motivos mais frequentes foram: Dificuldade para acesso ao transporte (5); Dificuldade (4); limitações físicas (4); não tem acompanhante ou não consegue ir sozinho (4); Dificuldade para acesso ao serviço de saúde (atenção básica) (4) e Falta de motivação (3).

Com relação a categoria “Dificuldades para realizar a medição de glicemia recomendada”, as frequências foram: Limitações físicas (5); Dificuldade no acesso ao glicosímetro e/ ou fitas/agulhas (5); Necessidade de suporte do cuidador para realização do procedimento (4); Dificuldades na utilização do glicosímetro (3) e Dificuldade financeira (2).

As “Dificuldades para seguir a prescrição medicamentosa”, os motivos mais frequentes foram as limitações físicas (5), necessidade de suporte do cuidador para realização do procedimento (5), dificuldade financeira e dificuldade de acesso às medicações gratuitas (transporte, disponibilidade da medicação, etc) (2). Cabe ressaltar que houve quatro respostas “Não se aplica”, pois, os participantes indicaram não haver dificuldade para seguir as prescrições medicamentosas.

Para as prescrições medicamentosas relacionadas às comorbidades, as frequências dos motivos para a dificuldade foram: Outros: efeitos colaterais durante as sessões de HD (8); Limitações físicas (5); Necessidade de suporte do cuidador para realização do procedimento (5); Dificuldade financeira (3); Dificuldade no acesso às medicações gratuitas transporte, disponibilidade da medicação, etc (3). Apenas dois não identificam esta dificuldade.

Na categoria “Dificuldades para seguir a dieta recomendada” houve as seguintes frequências: Falta de motivação (5), Necessidade de suporte do cuidador para realização do procedimento (aquisição e preparo dos alimentos) (3); Limitações físicas (3); Dificuldade financeira (1) e Dificuldade com as orientações dos profissionais de saúde

(1). Ressalta-se aqui também que foram emitidas 4 respostas para “Não se aplica”, pois, os respectivos participantes também informaram não haver dificuldades para adesão às orientações dietéticas.

Já a categoria “Dificuldades para realizar atividade física” os motivos mais frequentes foram a Necessidade de suporte do cuidador para realização das atividades (9); Limitações físicas (8) e Falta de motivação (3). Apenas dois participantes mencionaram que realizam atividades físicas e que não apresentam dificuldades.

Por fim, na categoria “Dificuldades para realizar o acompanhamento e tratamento da DRC”, nota-se que seis participantes não identificaram tal dificuldade. Houve também a indicação de efeitos colaterais durante as sessões de HD (4), Falta de motivação (2), Dificuldade financeira (2), Dificuldade no acesso ao transporte (2), Limitações físicas (2) e Necessidade de suporte do cuidador para realização das atividades (2).

Posto todos os dados anteriores, tornou-se relevante também apresentar os dados acerca das respostas relacionadas orientações prestadas pela equipe de saúde sobre a patologia, prevenção e tratamento da DM e DRC. A Tabela 2 expõe o cruzamento desses dados com as respostas correspondentes às questões relativas aos acompanhamentos ambulatoriais tanto da DM quando da DRC.

Tabela 2 – Cruzamento de dados sobre educação em saúde e acompanhamento ambulatorial (DM e DRC).

		Acompanhamento ambulatorial da DM					
		Esporadicamente (menos que uma vez no ano)		Sim, mensalmente		Sim, trimestralmente	
		Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha
Orientações adequadas sobre a DM	Patologia Prevenção Tratamento	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%
	Orientações insatisfatórias	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%

		Acompanhamento ambulatorial da DRC					
		Esporadicamente (menos que uma vez no ano);		Nunca fiz		Sim, trimestralmente	
		Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha
Orientações adequadas sobre a DRC	Patologia; Prevenção Tratamento	1	14,3%	3	42,9%	3	42,9%
	Orientações insatisfatórias	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
	Não recebi orientações	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%

No primeiro quadro constam as respostas sobre orientações adequadas dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiro, nutricionistas, psicólogos e etc.), sobre a DM, em cruzamento com as respostas sobre acompanhamento da patologia. Ele sugere que, das respostas positivas sobre orientações adequadas quanto a patologia, prevenção e tratamento, 16,7% dos participantes realizaram acompanhamento mensal, 33,3% com acompanhamento trimestral e 50% de participantes com acompanhamento esporádico

(menos que uma vez ao ano). Dos consideraram que as informações não foram satisfatórias, 75% realizaram acompanhamento trimestral e 25% esporadicamente (menos que uma vez ao ano).

O segundo quadro, segue o mesmo esquema do primeiro. No entanto, refere-se às orientações sobre patologia, prevenção e tratamento correlacionadas as respostas referentes ao acompanhamento da DRC. Foi possível observar que dos participantes que consideraram as informações satisfatórias 42,9% realizaram acompanhamento trimestral, 14,2% com acompanhamento esporádico (menos que uma vez ao ano) e 42,9 nunca fizeram acompanhamento. Dos participantes que informaram que não receberam orientações ou que as orientações não foram satisfatórias 100% nunca fizeram acompanhamento ambulatorial para DRC. Cabe ressaltar que o grupo de participantes com diagnóstico de DRC realiza tratamento hemodialítico.

4 DISCUSSÃO

Os comportamentos relacionados adesão ao tratamento são apresentados na literatura como sendo manejáveis por fatores como as características individuais do paciente, aos medicamentos utilizados, a doença em si, condições sociodemográficas, o acesso e interação do paciente com os serviços de saúde, entre outros. Alguns tipos de diagnóstico ou tratamentos podem indicar características com condições específicas para adesão.^{11,12}

O estudo realizado por Pacheco, Macêdo e Cols¹³ apresentou o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes com doença renal crônica em terapêutica hemodialítica, de 85 pacientes em terapia hemodialítica de uma clínica de nefrologia localizada em Floriano/PI. A pesquisa identificou que a maioria dos participantes são indivíduos do sexo masculino, com idades entre 56 a 70 anos, estado civil casados, aposentado e baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Quanto ao perfil epidemiológico, observou-se como principal causa da DRC, a hipertensão arterial sistêmica, seguida de diabetes mellitus.¹¹

Em outro estudo foi realizada pesquisa descritiva quantitativa, com 50 participantes, a fim de apresentar o perfil socioeconômico e clínico de um grupo de diabéticos em tratamento hemodialítico em Curitiba. Notou-se que o perfil socioeconômico dos pacientes apresenta prevalência de pessoas do sexo masculino, com idades acima de 60 anos, casados, aposentados, baixas escolaridade e renda familiar. No

que se refere ao perfil clínico, a maioria apresenta hipertensão, usam insulina e apresentam crises de hipotensão (VASCOVELOS, DUTRA & COLS, 2013).¹¹

Tais estudos demonstram semelhança com as características sociodemográficas e clínicas do grupo descrito neste estudo. O grupo em questão constituiu-se também, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino, com idade entre 54 e 71 anos, negros e pardos, casados ou em situação de união estável, baixa escolaridade, baixa renda, com diagnóstico de DM2, insulino-dependentes, além de comorbidade em hipertensão arterial. Por isso, vale ressaltar a importância do conhecimento desses dados a fim de direcionar os manejos de condutas e cuidados.

Um estudo de Gusmão e Mion Jr¹⁵ apontou fatores que incidem sobre a adesão ao tratamento. Alguns relacionados ao perfil socioeconômico como idade, sexo, estado civil, escolaridade; Outros relacionados à doença como a cronicidade, consequências tardias e ausência de sintomas. Há também fatores relacionados a hábitos de vida e culturais, às crenças de saúde (percepção importância do problema, experiência com a doença no contexto familiar, desconhecimento); fatores sobre o tratamento como efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e custo). Apresenta também fatores correlacionados à instituição, dentre eles: acesso ao serviço de saúde, política de saúde, tempo de espera. Por fim, o relacionamento com a equipe de saúde.¹⁵

A pesquisa compreende o grupo de pessoas com diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas (DM e DRC). Cabe ressaltar que ambas podem apresentar consequências tardias e ausência de sintomas. Além disso, o grupo, em sua maioria possui diagnóstico de DM2 há cinco anos ou mais. Tal fato está associado a cronicidade e, conforme Lima *et al.*¹⁶, pessoas com tempo prolongado de diagnóstico podem ter a adesão comprometida.

O uso de insulina e medicamentos para tratamento de comorbidades relatados no estudo identifica a utilização de esquemas terapêuticos complexos. Associada à baixa escolaridade, às limitações físicas (como a baixa visão) e necessidade constante de suporte operacional para realização de autocuidado pode incorrer no comprometimento da efetividade da adesão ao tratamento.

Outros achados importantes do estudo estão relacionados ao início tardio dos tratamentos. Além disso, boa parte dos participantes realizou acompanhamento trimestral da DM. Com relação ao tratamento da DRC, boa parte realizou acompanhamento esporádico (menos que uma vez ao ano). Com isso, notou-se também que 90% dos participantes informaram que sentem dificuldade para realização do acompanhamento e

tratamento da Dm. Já para o tratamento da DRC, a maioria respondeu que não. No entanto, o grupo que não apresenta dificuldades para o tratamento e acompanhamento da DRC, grande parte identifica dificuldade para o acompanhamento da DM.

Esses dados são relevantes, pois, trata-se de suas doenças crônicas. A DM, por sua vez, conforme a literatura apresentada neste estudo incide significativamente no desenvolvimento de outras morbidades, incluindo na DRC. Tais fatos podem ser justificados pelas respostas emitidas pelos participantes sobre os motivos para as dificuldades relacionados aos acompanhamentos e tratamentos.

Sobre as dificuldades para acompanhamento e tratamento da DM, as motivações encontradas são multifatoriais, entre elas: falta de motivação, dificuldades financeiras, necessidade de suporte do cuidador, dificuldade de acesso ao transporte e falta de acesso aos serviços de saúde. Essas motivações identificadas coadunam com os aspectos que influenciam sobre adesão, conforme Gusmão e Mion Jr¹⁵, acima mencionados.

Nas motivações referidas sobre as dificuldades para tratamento e acompanhamento da DRC, nota-se também como multifatorial. Como principais motivos a os efeitos colaterais da HD, dificuldades financeiras, dificuldade de acesso ao transporte e limitações físicas. Ressalta-se uma quantidade menor de respostas relacionadas e a inexistência de respostas sobre a falta de acesso aos serviços de saúde e à motivação.

Os dois motivos não identificados sobre o tratamento DRC, observados no tratamento da DM, podem ser considerados como ponto de partida para a compreensão da notável divergência entre as dificuldades percebidas pelos participantes. O primeiro traz a necessidade da discussão sobre a relevância da atuação da atenção básica, ofertada pelo Sistema Único de Saúde- SUS. O segundo solicita reflexões sobre os aspectos psicológicos envolvidos na adesão e o acompanhamento multiprofissional.

A atenção básica tem foco em ações estratégicas realizadas de forma individual ou coletiva, que objetiva a promoção da saúde e prevenção dos agravos, além de ações de tratamento e reabilitação de problemas de saúde já instalados. Seu intuito é não apenas atender aos usuários em consultas ambulatoriais, mas também efetivar a dimensão do cuidado. Um dos importantes princípios preconizados pelo SUS é o atendimento integral à saúde, que deve ser desenvolvido através de um planejamento das ações de saúde. Dessa forma, atua-se, portanto, a fim de prevenir as práticas da alta complexidade.¹⁷ As estratégias bem-sucedidas na atenção básica podem realizar interferências na atuação da alta complexidade (o tratamento hemodialítico está compreendido dentro da alta complexidade).

A falha das estratégias da atenção primária pode contribuir para a dificuldade na adesão ao tratamento de doenças crônicas, além de promover o aumento da demanda da atenção secundária e terciária. Um estudo sobre dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária apresenta três dificuldades do cuidado longitudinal de pessoas com DCNTs: dificuldades advindas da falta do vínculo; da prática de resposta à demanda; e da desresponsabilização pelo usuário diante dos entraves na rede. O estudo demonstra que elas estão inter-relacionadas, pois a falta de vínculo dificulta motivação para ações educativas, que vão além da pura resposta à demanda, assim como enfrentar com o controle social os entraves do acompanhamento do usuário na rede de atenção. Essas dificuldades desmotivam e desresponsabilizam os profissionais no acompanhamento longitudinal dos usuários.¹⁸

Assim, a atenção primária possui um papel central no suporte e condução do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Por ter acesso e uma relação mais próxima com os pacientes diagnosticados, ela pode permitir melhor visualização das variáveis que afetam a adesão desses pacientes. Por isso, o trabalho da equipe multiprofissional, na prestação de assistência integral à saúde.

Apesar disso, há peculiaridades relacionadas ao tratamento dos dois grupos. O tratamento da diabetes é promovido, em boa parte, pela equipe de atenção básica. Apesar da proximidade da relação paciente e equipe de saúde, muitas variáveis que influenciem sobre a adesão podem desestabilizar e comprometer o tratamento, por diversos motivos, inclusive consequências tardias, sintomas silenciosos e crenças disfuncionais.

Já o tratamento hemodialítico, por ser um tratamento de alta complexidade, após iniciado o tratamento, com apenas algumas faltas às sessões de hemodiálise, já se pode observar as consequências. Há que ressaltar também, que, devido aos diversos limitantes físicos, psicológicos e financeiros, muitos pacientes em tratamento de alta complexidade, como a hemodiálise, recorrem à essa equipe de referência para tratamento de outras morbidades. Tal fato pode afetar a adesão e eficácia dos acompanhamentos.

Aqui, os diversos profissionais de saúde podem realizar de formar efetivas contribuições para realização de manejo e intervenções sobre as dificuldades enfrentadas tanto pelos usuários, quanto pelos diversos profissionais atuantes no serviço. A psicologia, dessa forma, auxiliar e atuar na compreensão das multivariáveis que atuam sobre o processo saúde e doença dos usuários.

Uma dessas variáveis que interferem sobre a adesão, por exemplo, seriam as características individuais do paciente. Os fatores motivacionais, as crenças atuantes, os

fatores socioeconômicos, a relação com os serviços de saúde, as características da doença, dentre outros fatores.¹⁵

Um estudo fez uma revisão da literatura sobre a intervenção multidisciplinar em grupo na diabetes mellitus tipo 2, em contexto de cuidados de saúde primários. Nesse estudo, a autora relatou sobre a importância da psicologia da saúde para a compreensão das consequências psicológicas de doenças crônicas como a diabetes e dos fatores psicológicos envolvidos no autocuidado relacionado à doença.

Para a psicologia tem o objetivo principal de auxiliar na elaboração e aceitação da doença e, por consequência, promoção da qualidade de vida. Para muitos diabéticos é fundamental sentir que existe um espaço em que podem conversar com outros que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades e aprender estratégias para lidar com as situações mais difíceis com que se confrontam no seu cotidiano.

O psicólogo pode então atuar nas diversas frentes de atenção à saúde ofertadas pelo SUS. Contribuindo, para melhor aceitação, enfrentamento, elaboração psíquica da condição de doença. Auxilia também no manejo de recursos para melhora da qualidade de vida. Um importante recurso para adesão, nos casos em estudo, seria a utilização da educação em saúde como agente de promoção e conscientização da saúde. Apesar de parte dos participantes mencionarem ter recebido orientações adequadas sobre patologia, prevenção e tratamento (em ambos os tratamentos), quase metade relatou não ter recebido orientações satisfatórias ou que não recebeu orientações.

Por fim, constituíram-se como limitações deste estudo o valor reduzido da amostra. Uma amostra significativa poderia atribuir ao estudo maior relevância. No entanto, outros estudos poderão ser realizados, com amostras maiores, para descrever e analisar as variáveis encontradas, em como outras variáveis influentes sobre o contexto em estudo. Além disso, a situação de pandemia SARS –CoV 2 – COVID 19 afetou a coleta de dados pelas demandas de isolamento, intercorrências e óbitos ocorridos. Ressalta-se que os pacientes em estudo, com diagnóstico de doenças crônicas estão classificados como grupo de risco para COVID 19.

5 CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados deste estudo foi possível observar que os comportamentos dos participantes, em grande parte das variáveis observadas, não sugerem adesão ao tratamento. Eles apresentam fatores socioeconômicos desfavoráveis à

adesão, dificuldades para realizar os acompanhamentos e tratamentos (principalmente o da DM), Diversas dificuldades foram identificadas para realização dos acompanhamentos, como para seguir orientações medicamentosas, para seguir orientações dietéticas, e dificuldade para realização de atividade física e medição das glicemias. Além disso, boa parte considera que as orientações não foram satisfatórias ou que não recebeu orientações sobre as patologias, tratamentos e prevenção.

Torna-se preponderante a atuação da equipe multiprofissional no referido contexto, em destaque à equipe de psicologia, com papel fundamental na promoção da saúde e prevenção do adoecimento psíquico. A saúde mental também pode ser considerada fator de prevenção de doenças físicas psicossomáticas. Além disso, a atuação do serviço de psicologia junto às famílias e equipe de saúde tem se tornado cada vez mais relevante na promoção da saúde e do atendimento integral aos usuários do SUS.

Em virtude do tamanho da amostra este estudo não será passível de generalização. Mas poderá ter suas hipóteses e método replicados, de forma aperfeiçoada, para aprofundar o conhecimento sobre as variáveis multideterminadas. Sendo assim, estudos com amostras maiores podem proporcionar o alcance de dados e variáveis impactantes sobre o cenário.

REFERÊNCIAS

- 1 Siviero PCL, Machado JC, Cherchiglia CML, Drumond DEF. Insuficiência renal crônica e as causas múltiplas de morte: uma análise descritiva para o Brasil, 2000 a 2004. Cad. saúde colet [Internet]. 2014 [Citado 03 Fev. 2022]; 22(1): 372-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040010>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- 2 Castro TLB, Oliveira RH, Sousa JAG, Romano MCC, Guedes JVM, Otoni A. Função renal alterada: prevalência e fatores associados em pacientes de risco. Rev Cuid [Internet]. 2020 [Citado 03 Fev. 2022]; 11(2). Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1019>.
- 3 EUA D. Doença renal do diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2015 [Citado 03 Fev. 2022]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/017-Diretrizes-SBD-Doenca-Renal-pg154.pdf>.
- 4 Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. J. Bras. Nefrol [Internet]. 2019 [Citado 20 Jun. 2020]; 41(2): 208-214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178>.
- 5 Moraes CA, Colicigno PRC, Lemes SJC. Nefropatia Diabética. Ensaios e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [Internet]. v. XIII. p. 133-143. 2009 [Citado 20 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012800012>.
- 6 Almeida JC. Papel dos lipídeos da dieta na nefropatia diabética. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [Internet]. 2009 [Citado 20 jun. 2020.]; 53(5): 634-645. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-27302009000500016>.
- 7 Maldaner CR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica. Revista Gaúcha Enferm. 2009; 29(4): 647-653.
- 8 Cabrera ILL. Projeto De Intervenção: aumentar o controle da diabetes mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016 [Citado 26 Jun. 2020]; 62(6): 825-830. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000600004>.
- 9 Liberato SMD. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2014 [Citado 26 Jun. 2020]; 16(1): 191-198. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22041>.
- 10 WHOQOL. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Genebra: OMS; 1998 [Citado 26 Jun. 2020]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
- 11 Lins SMSB. Validação do questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(3): 558-565.
- 12 Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. Rev Saude

Publica [Internet]. 2013 [Citado 03 Fev. 2022]; 47(6): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>.

13 Pacheco MS, Macêdo IS, Macêdo GS, Ribeiro AMN, Silva MPB, Costa GOP, et al. Sociodemographic and epidemiological profile of chronic kidney patients in hemodialytic therapy. *Research, Society and Development*. 2020; 9(11): e1609119715.

14 Vasconcelos CR, Dutra DA, Oliveira EM, Fernandes S. Perfil socioeconômico e clínico de um grupo de diabéticos em tratamento Hemodialítico em Curitiba. *Revista Uniandrade*. 2013; 14(2): 183-20.

15 Gusmão JL, Mion JD. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1): 23-25.

16 Lima CR, Menezes IHCF, Peixoto MRG. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. *Ciênc. educ*. 2018; 24(1): 141-156.

17 MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Diabetes Mellitus; 2006b. 64p

18 Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab. educ. saúde*. 2017 [Citado 03 Fev. 2022]; 15 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/bXRQZ9mg6GcXb5QxcBLLWCb/?lang=pt>.