

ADESÃO DO PORTADOR DE DIABETES AO TRATAMENTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ADHERENCE OF DIABETIC PATIENTS TO TREATMENT: LITERATURE REVIEW

ADHESIÓN DEL PORTADOR DE DIABETES AL TRATAMIENTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Raimeyre Marques Torres¹
Josicelia Dumêt Fernandes²
Enêde Andrade Cruz³

Fazer um estudo bibliográfico sobre a adesão do portador de diabetes ao seu tratamento foi o objetivo deste trabalho. O estudo foi realizado por meio da identificação das fontes, leitura seletiva, exploratória e analítica dos textos, leitura interpretativa das principais ideias dos autores relacionadas à temática em estudo. Observou-se que a diabetes, por constituir-se uma doença crônica, tem no seu tratamento a prevenção e o controle de suas complicações. A adesão a esse tratamento é imprescindível, porém este não é um processo simples e está relacionado a diversos fatores, tais como: longo curso assintomático, possibilidade de evoluir para complicações, necessidade de tratamento para toda a vida e hábitos de vida a serem modificados. Conclui-se que a educação em saúde, realizada por uma equipe multidisciplinar, cujas atividades estejam direcionadas não apenas para os aspectos biológicos, mas também à subjetividade do indivíduo portador de diabetes favorece a adesão, à medida que considera as vivências entre os sujeitos para tentar mudar alguns hábitos de vida considerados nocivos à pessoa diabética.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes. Adesão. Subjetividade.

The objective of this study was to realize a literature review about the adherence of diabetic patients to their treatment. The study was realized by reference identification, selective reading, text exploration and analysis, and interpretive reading of authors' main ideas about the subject. Because diabetes is a chronic disease, prevention and control of its complications are part of its treatment. Adherence to this treatment is indispensable; nevertheless, this is not a simple process and is related to diverse factors including: long asymptomatic period, possibility to evolve into complications, need for life treatment, and life styles to be modified. The conclusion illustrates that health education by multidisciplinary teams, whose activities are directed not only to biological aspects, but also to the subjectivity of the individual, helps adherence to treatment. This is possible because it considers the subjects' experiences in order to try to change life habits considered dangerous to the diabetes patient.

KEY WORDS: Diabetes. Adherence. Subjectivity.

El objetivo de este trabajo fue hacer un estudio bibliográfico sobre la adhesión del portador de diabetes a su tratamiento. El estudio fue realizado a través de la identificación de las fuentes; lectura selectiva, exploratoria y analítica de los textos; lectura interpretativa de las ideas principales de los autores relacionadas al tema. Se observó que la diabetes, por constituirse una enfermedad crónica, tiene en su tratamiento la prevención y el control de sus complicaciones. La adhesión a este tratamiento es imprescindible, sin embargo, no es un proceso simple y está relacionado a diversos factores, tales como: largo curso asintomático, posibilidad de desarrollar complicaciones, necesidad de tratamiento para toda la vida y hábitos de vida modificados. Se concluye que la educación en la salud, realizada por un equipo multidisciplinario, cuyas actividades estén direccionadas no apenas para los aspectos biológicos, sino también, para

¹ Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

² Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. dumet@ufba.br

³ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

la subjetividad del individuo portador de diabetes, favorece la adhesión, en la medida que considera las vivencias entre los sujetos para intentar cambiar algunos hábitos de vida dañinos a la persona diabética.

PALABRAS CLAVE: Diabetes. Adhesión. Subjetividad.

INTRODUÇÃO

A diabetes é um problema de saúde altamente prevalente em nosso meio e considerado como uma das doenças de mais difícil controle por ser crônica, sistêmica, multifatorial e pode deixar muitas sequelas. Trata-se de um distúrbio metabólico causado pela completa ou parcial deficiência de insulina pelo pâncreas e/ou diminuição de sua ação nos tecidos, prejudicando o metabolismo dos lipídios, glicídios, proteínas, água, vitaminas e minerais. Com o passar dos anos e a depender do controle da doença, podem aparecer complicações crônicas que comprometem não apenas o indivíduo, mas também sua família e sociedade, uma vez que acarretam implicações psicossociais e econômicas.

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

Frente a essa realidade, torna-se de fundamental importância uma contínua estimulação às pessoas portadoras de diabetes, para a adesão ao tratamento, objetivando a prevenção de complicações crônicas. Para que isso ocorra, a participação desses pacientes em programas de atenção a saúde, com equipe multiprofissional, é de extrema importância, tendo como enfoque principal a educação em saúde. Nas ações de educação em saúde, busca-se, dentre outras coisas, a incorporação de hábitos que permitam não só o controle metabólico, mas também a aquisição de condições psicológicas e sociais para a adoção de um estilo de vida próprio da condição de pessoa diabética.

O controle inadequado do diabetes representa uma ameaça social e econômica ao país e à vida do

indivíduo diabético, pois os riscos e a precocidade das suas complicações têm aumentado a incidência de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, cegueira, insuficiência renal, amputações em membros inferiores, entre outros (ROCHA, 2001).

Perceber a dificuldade da maioria das pessoas portadoras de diabetes melito em aderir ao tratamento satisfatoriamente e promover as mudanças necessárias em seu estilo de vida foi o que levou à realização deste estudo. Apesar da importância do tratamento da diabetes para a prevenção de complicações incapacitantes, pouco se estuda sobre esse processo. Esta lacuna é particularmente relevante, considerando-se que o diabetes e suas consequências podem estar ocasionando prejuízos importantes, relacionados aos custos sociais e econômicos da população e, principalmente, à saúde e qualidade de vida dos diabéticos e das suas famílias.

A não adesão ao tratamento, portanto, pode trazer sérias repercussões para o portador de diabetes. Sob esse entendimento, o presente estudo foi realizado com o propósito de explicitar maiores informações sobre a temática em estudo e alcançar melhor visão da questão, tomando-a mais específica, possibilitar a construção de estratégias para os serviços de saúde destinados ao atendimento a essa população, para os profissionais das equipes de saúde que cuidam desses pacientes e para os portadores de diabetes e seus familiares e contribuir para o controle e prevenção de complicações advindas dessa doença.

METODOLOGIA

Na realização do presente estudo, foi feita uma pesquisa bibliográfica, relacionada à temática em

estudo, publicada nos últimos oito anos. A identificação das fontes bibliográficas se deu por meio de pesquisa em bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e manualmente a livros, culminando com a localização e obtenção do material bibliográfico, tomada de apontamento, confecção de fichas e redação do artigo. A leitura do material se deu de forma exploratória, seguida de uma leitura seletiva e, posteriormente, uma leitura analítica, ou seja, uma leitura integral dos textos selecionados, identificação das ideias mais importantes, hierarquizando-as e sintetizando-as, levando-se em consideração os aspectos mais explorados pelos autores selecionados com relação à adesão ao tratamento do diabetes em todas as suas nuances, ou seja, aspectos objetivos e subjetivos, que tinham relação com o processo de adesão. Em seguida foi feita a leitura interpretativa e selecionados os principais aspectos relacionados à adesão ao tratamento do diabetes segundo a visão dos autores, conferindo o significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

DIABETES MELITO

A diabetes melito é considerada uma doença crônica degenerativa que ocorre em proporções endêmicas em todo o mundo e um dos maiores problemas de saúde da atualidade, tanto em número de pessoas afetadas, incapacitações e mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Estima-se que no Brasil existam cinco milhões de diabéticos, dos quais metade desconhece seu diagnóstico (BRASIL, 1996). Entre aqueles que têm conhecimento da doença, cerca de 20% não fazem tratamento (OLIVEIRA, 2000).

A previsão do *Diabetes Health Economics Study Group*, da Federação Internacional de Diabetes (IDF), para o ano de 2005, é de que cerca de 300 milhões de pessoas no mundo apresentem esta doença (GRUBER et al. 1998 apud OLIVEIRA, 2000). Os resultados do estudo multicêntrico sobre prevalência da diabetes melito no Brasil, realizado no final da década de 1980, mostraram que 7,5% dos indivíduos com 30 a 69 anos de idade tinham a

diabetes confirmada. Essa taxa aumentava com a idade e no grupo de 60 a 69 anos atingia 17,4% das pessoas (MALERBI et al. 1992 apud OLIVEIRA, 2000). Ainda foi verificado que a prevalência da doença aumentava duas vezes entre os obesos e três vezes entre aqueles que tinham parentes diabéticos (OLIVEIRA et al. 1996 apud OLIVEIRA, 2000).

Segundo Almeida et al. (1997), as alterações do metabolismo da glicose, com sua hiperglicemia persistente, ocasionam alterações importantes nas membranas basais de capilares sanguíneos com a glicosilação não enzimática de proteínas e também a ativação da formação de poliois, que se acumulam nas células. Esses fenômenos contribuem para o aparecimento das complicações crônicas da doença, que incluem retinopatia, nefropatia, neuropatia e alterações na microvasculatura em geral, que além de exercer um papel importante nos fatores de risco, contribuem para o surgimento das complicações macrovasculares.

Os sintomas clássicos como perda de peso, polidipsia, poliúria e polifagia estão ausentes com frequência, porém poderá existir hiperglicemia em grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período, antes mesmo de o diagnóstico ser estabelecido. Destaca-se que, antes do estabelecimento da hiperglicemia crônica, que acompanha o quadro clínico clássico de diabetes à síndrome diabética, passa por um estágio de distúrbio do metabolismo da glicose, caracterizado por valores glicêmicos situados entre a anormalidade e a faixa diabética (SDB, 2003).

As duas formas de diabetes melito em incidência, prevalência e importância clínica, são de origem genética. O diabetes melito do tipo 1 é a principal endocrinopatia e a forma de diabetes diagnosticada na infância e juventude. Suas principais características são: necessidade diária de insulina, controle metabólico lábil, grande oscilação da glicemia e grande tendência a desenvolver cetoacidose e coma (OLIVEIRA, 2000). Representa 5 a 7% de todos os casos de diabetes (FRANCO, 1998).

A diabetes melito do tipo 2 varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa

deficiência de insulina, a um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica (SBD, 2003). É geralmente diagnosticado após os 40 anos de idade e a obesidade está presente na grande maioria dos casos (FRANCO, 1998). Representa cerca de 90% de todos os diabéticos que possam ter origem familiar na sua etiologia (OLIVEIRA, 2000).

Ainda dentro da classificação clínica de diabetes, são definidos dois grupos que têm tolerância normal à glicose, mas apresentam risco comprovado estatisticamente para desenvolver a doença no futuro. O primeiro grupo dessa classificação é caracterizado pela anormalidade prévia da tolerância à glicose em indivíduos que apresentam curva glicêmica do tipo diabética, ou com intolerância à glicose durante a gravidez, períodos de obesidade, situações que favorecem o estresse físico ou emocional; o segundo grupo é devido à anormalidade potencial da tolerância à glicose e refere-se aos indivíduos que nunca demonstram intolerância à glicose, mas apresentam grande potencial para desenvolver a doença (BRASIL, 1997).

Dentre esses grupos incluem-se aqueles com parentes próximos portadores de diabetes, obesidade, mulheres com antecedentes obstétricos de fetos macrossômicos, defeitos congênitos e/ou morte perinatal inexplicável, além de presença de anticorpos circulantes contra as células pancreáticas produtoras de insulina (FRANCO, 1998).

Segundo Sales (2003), alguns trabalhos têm sugerido a inclusão de um subgrupo denominado de diabetes associado à desnutrição, sendo alta a prevalência desta patologia nos países em desenvolvimento.

Tem havido um acentuado declínio nas mortes de pacientes diabéticos por cetoacidose e infecção, mas uma alarmante elevação nas mortes devido a complicações cardiovasculares e renais. As complicações a longo prazo estão se tornando mais comuns, à medida que mais pessoas vivem mais tempo com seu diabetes (SMELTZER; BARE, 1994). As complicações crônicas podem decorrer de alterações na microcirculação (retinopatia e nefropatia), na macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e neuropatias (BRASIL, 1997).

Para doenças crônicas como o diabetes, o objetivo do tratamento é seu controle, de modo a prevenir complicações, co-morbidades e, sobretudo, a mortalidade. O alcance deste objetivo permite melhor qualidade de vida com autonomia, se forem evitados determinados tipos de complicações incapacitantes parcial ou total (LESSA, 1998).

A adesão do diabético ao tratamento pode ser mais complexa quando comparada com outras doenças crônicas, pois o uso da insulina requer mais habilidade do que o simples uso de medicação via oral e pela variedade de complicações decorrentes da doença, tais como as vasculopatias e neuropatias que podem acarretar o pé diabético e as amputações, além das mesmas complicações de outras doenças crônicas, como acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração e comprometimento renal (PIERIN et al., 2000).

Soma-se a isso a obrigatoriedade de realizar testes de glicemia capilar ou sérica, assim como a realização de outros exames para controle do colesterol e triglicérides, exames radiológicos e cardiológicos e avaliação com outros especialistas como ginecologista, urologista e oftalmologista. E ainda o cuidado rigoroso com os pés, no intuito de prevenir lesões que possam evoluir para amputações parciais ou totais de um ou mais membros.

Por se tratar de uma doença que acomete a ambos os sexos, em todas as idades, por nunca desaparecer após sua instalação, por apresentar distintos graus de estado de saúde e de diferentes estratos sociais, explica, entre os portadores de diabetes, o desenvolvimento de diferentes manifestações psicológicas que podem favorecer um desequilíbrio emocional, causando prejuízos a uma adequada aderência ao tratamento necessário, além de outras tantas manifestações psicológicas ou psicossociais negativas (SOUZA; BUENO; MATTOS, 1998).

Sales (2003) comenta que sentimentos negativos de rejeição, de incapacidade, impotência, estigma por ser considerada como castigo, doença maldita, silenciosa que, se não controlada, pode levar o indivíduo a morte, podem causar fragilidade na adesão ao tratamento, por parte do indivíduo acometido pela diabetes, tornando necessária a participação de algum familiar como responsável pelo cuidado no domicílio.

Por tudo isso, percebe-se que a adesão ao tratamento não é um processo fácil, e que apenas o estudo dos fatores objetivos que interferem na adesão não dará conta de um processo tão relevante e complexo, principalmente por se tratar de uma doença crônica, estigmatizante, mutiladora, que desperta, ao vivenciá-la, sentimentos de humilhação, injustiça, punição divina, questões relevantes tanto para a compreensão do adoecer, quanto para a adesão ao tratamento.

ADESÃO AO TRATAMENTO

O grande desafio dos profissionais que cuidam de indivíduos portadores de doenças crônicas é a manutenção contínua e a fiel obediência às condutas prescritas, sejam de que ordem for. Isto se denomina adesão ao tratamento, que não é muito diferente em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos e não parece estar relacionada a fatores, tais como conhecimento do paciente sobre a patologia ou aquisição ou não de medicações gratuitamente (PIERIN et al., 2000).

Adesão ao tratamento significa a incorporação consciente das orientações prescritas pelos profissionais de saúde (médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, psicólogo), no que se refere ao uso correto das medicações, reeducação alimentar, manutenção de um padrão regular de exercícios, mudanças no estilo de vida, cumprimento das determinações dos protocolos relativos à realização de exames periódicos e participação em programas educativos.

Vários estudiosos concordam que a palavra que melhor representa o seguimento de tratamento proposto seja “adesão”, que se refere à situação na qual o paciente atende às orientações do médico e ao regime medicamentoso proposto. É cada vez mais reconhecido, porém, que a adesão envolve outros aspectos além dos médicos, tais como programas preventivos e mudanças de estilo de vida, exigindo dos profissionais uma abordagem mais abrangente (PIERIN, 2001).

De acordo com Pierin (2001), foi no início da década de 1990 que o assunto adesão e diabetes passou a ser abordado com mais frequência, principalmente no que diz respeito aos aspectos educacionais, em que os termos *patient empowerment*,

compliance e *empowerment* passaram a ser usados para definir a relação do paciente com os profissionais de saúde visando o autocuidado e a manutenção do tratamento proposto. Ainda segundo essa autora, a terminologia *patient empowerment* considera que os pacientes diabéticos, em seu autocuidado, tomam decisões que afetam e são afetadas por emoções, pensamentos, valores, metas e demais aspectos inerentes às doenças crônicas. Com relação à *compliance* e *empowerment*, a primeira assume que os profissionais da área de saúde são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e seguimento, enquanto o paciente é mero receptor do cuidado; e que mudanças ocorrem como resultado do esforço do profissional para que o paciente siga o tratamento. No conceito de *empowerment*, destacam-se os seguintes aspectos: os pacientes sabem de suas necessidades, os profissionais dominam os aspectos da doença e o autocuidado resulta da interação de ambos.

A avaliação dos índices da falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas não é fácil, principalmente ao se levar em conta o discurso e a percepção subjetiva da pessoa tanto sobre sua doença e tratamento quanto o próprio processo do adoecer em si (RODRIGUES, 2003).

Vários são os fatores que interferem na adesão ao tratamento de pessoas portadoras de diabetes melito. Pierin et al. (2000), abordando a não adesão ao tratamento de pacientes portadores de hipertensão, apresentam diversos fatores que são similares aos dos portadores de diabetes melito, dentre os quais se destacam a história natural prolongada (cronicidade), multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, possibilidade de evolução para complicações, necessidade de tratamento para toda vida e hábitos de vida a serem modificados.

Segundo Pierin (2001), as características do tratamento medicamentoso que podem influenciar na adesão são o custo, os efeitos indesejados, os esquemas terapêuticos complexos e a necessidade de medicamento para toda vida. Obter o medicamento é importante para o sucesso do tratamento, porém o custo tem sido apontado como fator limitante, uma vez que alguns pacientes têm acesso às medicações, inclusive a insulina e seringas gratuitas e outros não.

Com relação à presença de efeitos indesejáveis, que também podem contribuir para o insucesso do tratamento, as drogas hipoglicemiantes apresentam poucos efeitos colaterais, porém os efeitos da diminuição da glicemia, principalmente nos insulino-dependentes, frequentemente interferem no sucesso da terapêutica prescrita. Uma equipe de saúde que prioriza o autocuidado, provavelmente, estará atenta para amenizar essa dificuldade, ensinando condutas importantes para prevenção e controle da hipoglicemia.

A combinação de terapias não medicamentosas, principalmente a suspensão do açúcar, diminuição da ingestão de sal e carboidratos, a redução do peso e a prática de esportes, têm se mostrado eficaz se comparado aos tratamentos medicamentosos, embora sejam mais difíceis de serem cumpridos.

A adaptação à doença crônica sofre influência de vários determinantes, incluindo características da personalidade, mecanismos de enfrentamento utilizados, autoconceito e autoimagem, experiência prévia com a doença e atitudes dos cuidadores da área de saúde. As respostas emocionais do paciente são frequentemente mediadas pelas atitudes das pessoas que o cercam, incluindo os profissionais ligados à saúde, amigos e familiares. Os pacientes podem se apresentar emocionalmente dependentes, exibindo até processo de infantilização, com dependência para realização de suas atividades (GREGG et al. apud PIERIN et al., 2000).

O processo de adesão ao tratamento sofre interferência de fatores diversos e determina as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença. Os passos para as mudanças passam pela influência do meio ambiente, pelas características dos pacientes em vários níveis e ainda os inerentes ao profissional de saúde. Para Pierin et al. (2000), os fatores relacionados com os profissionais de saúde são: falta de preparo para atuar nas doenças crônicas durante a formação acadêmica; inabilidade para se comunicar e educar o paciente; educar para o autocuidado é diferente de cuidar de doença; a relação pessoa-pessoa no contexto cuidador-cuidado; educar o paciente requer mais tempo nas consultas; e falha na assistência reflete em comportamentos inadequados do paciente.

Acredita-se que o mais importante é conduzir

o indivíduo diabético a manter um nível de conscientização e autonomia tal que ele esteja constantemente promovendo mudanças benéficas ao seu bem-estar, tendo em vista que a falha na adesão, ou seja, passar a ter os mesmos hábitos de vida considerados prejudiciais ao diabetes, pode levá-lo a ter picos glicêmicos com consequências drásticas, agudas e crônicas, como um infarto do miocárdio ou uma insuficiência renal, por exemplo.

No entanto, concorda-se com Rodrigues (2003), quando diz que aderir ao tratamento é algo mais complexo que seguir protocolos. É algo que inclui inúmeros fatores que influenciam concomitantemente esse processo, e não seria possível entrar em contato com esses elementos que permeiam o viver humano sem passar pela subjetividade de cada pessoa.

Esta autora, porém, considera que as mudanças de hábitos não são imediatas, principalmente quando o diagnóstico da doença é recente, pois ocorre todo um processo, que pode ser vivenciado pela pessoa em diferentes etapas, iniciando com a compreensão da doença e como lidar com essa nova situação, até as modificações de alguns hábitos e a manutenção das ações almeçadas. Além disso, as mudanças, para serem efetivas, têm de ocorrer de dentro para fora, isto é, devem partir de uma compreensão pessoal, de uma verificação da necessidade e de uma tomada de decisão por parte da pessoa. Portanto, só o recebimento de informações sobre o que deve e o que não deve fazer, sobre o que é nocivo ou não, não é suficiente para produzir no indivíduo as ações necessárias para seu processo de adesão ao tratamento.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O tratamento do diabetes baseia-se em estratégias de educação e de modificação do estilo de vida, que incluem a suspensão do fumo, aumento da atividade física, reorganização dos hábitos alimentares e, se necessário, o uso de medicamentos. Para tanto, a análise global do paciente, no que se refere ao nível educacional, condições socioeconômicas, emocionais, idade, tipo de diabetes e a presença ou não de complicações crônicas é fundamental (OLIVEIRA, 2000).

Para Haddad et al. (1997), a educação é a chave para melhorar a qualidade de vida do portador

de diabetes. É um investimento tanto para o paciente como para a equipe de saúde, porque permite o melhor controle metabólico, previne as complicações, reduz o número de hospitalizações e os custos do tratamento. Ainda segundo essas autoras, a atividade educativa permite ao diabético a compreensão de fatores que interferem no controle da doença, contribuindo significativamente para uma progressiva aceitação da responsabilidade por seu próprio tratamento.

No que tange ao processo educativo para o doente crônico, a abordagem multidisciplinar é imprescindível para a obtenção da adesão satisfatória. A atuação conjunta dos membros da equipe de saúde, realizando um trabalho integrado, é o grande passo para conquistas futuras e satisfação para todos. É importante que cada profissional procure entender a pessoa portadora de doença crônica como ator social, indivíduo ou pessoa que, entre outras coisas, convive com uma enfermidade incurável e a forma de atendimento verticalizada, muito usada na prática médica, pouco ajuda na condução terapêutica desse indivíduo (RODRIGUES, 2003).

Scan (1986) afirma que os trabalhos em grupos visam à estimulação do paciente diabético ao autocuidado em domicílio de forma sistemática e contínua e à participação da família neste cuidado. Objetivam reduzir danos controláveis e complicações, evitar internações e reinternações, aprimorar os conhecimentos do portador de diabetes e familiares em relação à patologia. Procuram proporcionar, com base na informação e na troca de experiência no grupo, o desenvolvimento de hábitos de vida que possibilitem maior segurança ao diabético e a seus familiares e melhor aceitação da doença.

Segundo Rodrigues (2003), a sugestão de formação de equipe multiprofissional tem sido seguida no Brasil, favorecendo o surgimento de muitos grupos de assistência e cuidados ou ligas (na forma de associações organizadas juridicamente). Esses grupos adotaram modelos de intervenção (ou modelos de teoria da adesão) que nortearam as estratégias utilizadas pelas equipes.

De acordo com Jardim (2001), os modelos de teoria de adesão ao tratamento objetivam a melhor compreensão do fato, porém não se consegue explicar completamente o que modifica o comporta-

mento dos indivíduos, tornando-os melhores ou piores seguidores de uma prescrição, seja ou não medicamentosa. Para esse autor, os modelos de teoria de adesão ao tratamento são os seguintes:

1 - modelo educacional – comportamento mais responsivo, baseado em aumento da carga de informações ao paciente. Acredita-se que o desconhecimento da doença, seus riscos e as inúmeras possibilidades de controle adequado possam ser a causa maior da não adesão ao tratamento;

2 - modelo de crença na saúde – busca-se a constante motivação para a cooperação, partindo do princípio de que o sucesso no tratamento está intimamente ligado à maior consciência da pessoa sobre a possibilidade de ficar doente, à gravidade da doença e aos riscos de acontecimentos. É semelhante ao modelo educacional porque também envolve a informação;

3 - modelo de estímulo às emoções – tem relação com os modelos anteriores, na medida em que procura despertar no paciente o medo pela doença, as limitações causadas por ela e suas consequências;

4 - modelo comportamental ou “teoria do aprendizado social” – baseia-se em mudanças de atitudes que resultam do estímulo ambiental e de recompensa pelo comportamento esperado, mediante modelos previamente determinados e que devem ser seguidos. Ocorre uma interpretação pessoal que determina quais aspectos devem ser valorizados pelo indivíduo e quais devem ser proscritos. O paciente passa a ser corresponsável pelos resultados, sendo o próprio agente da mudança;

5 - modelo de autorregulação: é composto por três etapas: a) tomada de informações por parte da pessoa acerca do ambiente, da própria doença, sua importância e seus riscos; b) planejamento para ação, com vistas a adotar um comportamento desejado; c) após os resultados, a monitorização do comportamento, visando manter as mudanças adquiridas.

Ainda para Jardim (2001), as estratégias e os passos a serem seguidos pela pessoa são, de início, passivas, enfatizando a compreensão e a aceitação da doença; em seguida, a ênfase recai sobre as pos-

turas mais ativas a serem adotadas, ocasionando mudanças de atitudes; por fim, deve ocorrer a manutenção das transformações, com a adoção de um estilo de vida saudável, bem como um real comprometimento da pessoa com sua própria saúde.

Rodrigues (2003) acredita que os modelos citados buscam mudanças de comportamento para a obtenção de melhor “obediência” ao que é proposto e, conseqüentemente, melhor adesão ao tratamento. Sabe-se, porém, que os modelos trouxeram suas contribuições, mas não conseguiram responder à difícil e complexa tarefa de manter o paciente fiel completamente às orientações.

Concorda-se com Jardim (2001), quando afirma que o modelo que tenta sistematizar e melhorar a compreensão de como alcançar bons resultados com portadores de doenças crônicas é o modelo educacional, pois é inegável a capacidade de orientação que tem o profissional de saúde de repassar informações precisas sobre a doença e o tratamento, uma vez que existe um indicativo de que, quanto melhor e mais completa for a orientação/informação melhor seria a adesão ao tratamento.

Observa-se no entanto, que as ações educativas têm sido utilizadas com o objetivo principal de controle glicêmico, não levando em consideração os aspectos psicológicos, sociais, culturais e de relacionamentos. Dessa forma, a aderência da pessoa diabética tem sido notoriamente baixa, tendo como motivos: a atenção voltada para o conteúdo e quantidade de informações necessárias para o convívio com a doença e a falta de motivação da pessoa diabética e dos profissionais de saúde (ZANETTI apud RABELO; PADILHA, 1998).

Concordamos com Bursztyn e Tura (2001), quando afirmam que o modelo de intervenção vigente induz à segmentação dos sujeitos, da adesão e das ações de prevenção e tratamento sem considerar as diferentes representações acerca do mesmo objeto, ou seja, sua capacidade de apreensão de ação, sua interação com diferentes grupos no contexto dinâmico e ativo em que se origina a comunicação social e a conduta dos indivíduos.

É muito comum encontrar-se profissionais de saúde que se limitam a compreender apenas os mecanismos biológicos das várias partes do corpo, sem se preocupar com as relações, inter-relações e

acontecimentos da vida cotidiana de seus clientes. Estes apresentam visões diversificadas de mundo e isto só enriqueceria e facilitaria o processo de adesão ao tratamento, uma vez que permitiria um diálogo mais aberto, amplo, em que o sujeito sentiria confiança em dividir com o profissional suas dúvidas, incertezas, inseguranças, dificuldades em lidar com a doença.

Uma nova abordagem terapêutica é necessária para dar conta de uma doença que se alastra com crescente prevalência e gravidade de complicações. Deveriam ser valorizadas as vivências do portador de diabetes, no contexto concreto de suas condições de vida e de cultura, para, assim, possibilitar a apreensão de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que o levem a formas específicas de condutas e práticas e, assim, à modificação de alguns hábitos de vida que favoreceriam uma melhor adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

A síndrome diabética promove repercussões importantes não apenas na área de saúde, em razão de sua incidência e prevalência elevadas, mas também pelo fato de quase sempre estar acompanhada de complicações múltiplas que irão causar grande impacto nas áreas social e econômica.

Por se tratar de uma patologia crônica, de caráter mutilador e estigmatizante, o portador de diabetes tende a apresentar alterações psicossociais que podem prejudicar seu processo de aderência a um regime de tratamento vitalício, complexo, que demanda tempo, recursos financeiros e, em algumas situações, da ajuda de outras pessoas.

No entanto a adesão do portador de diabetes ao seu tratamento constitui-se num fator importante para a prevenção e controle das complicações advindas dessa patologia. Assim, uma contínua estimulação desses indivíduos, por meio da participação em programas educativos, com equipe multidisciplinar, tendo como enfoque os aspectos subjetivos do adoecer é de extrema relevância. Nas ações de educação em saúde, deve-se buscar a incorporação de novos hábitos que permitam não só o controle metabólico, mas também a aquisição de condições psicológicas e sociais para a

adoção de um novo estilo de vida próprio da condição de pessoa diabética.

Para melhor entender o processo de adesão ao tratamento e, assim, poder intervir de forma adequada e baseada nas necessidades desses indivíduos, é preciso compreender que cada indivíduo tem a sua forma de aderir, sua conotação singular, e que esses aspectos envolvem elementos que permeiam o viver humano, sua subjetividade e o tornam único, e precisam ser considerados em se tratando de portadores de doenças crônicas, entre elas a diabetes.

Assim, acredita-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois se percebeu, mediante a revisão bibliográfica, que adesão ao tratamento do diabetes perpassa a subjetividade e é preciso rever conceitos com relação à educação em saúde para esses indivíduos, levando em consideração questões psicossociais, afetivas e culturais que influenciam o seu pensar e agir, tendo em vista a mudança de comportamentos e atitudes, para que eles possam ter qualidade de vida independente da condição crônica de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Henriqueta Galvão Guidio et al. **Diabetes mellitus**: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônicas e Degenerativas. **Manual do diabetes**. 2. ed. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção. Coordenação de Doenças Crônicas e Degenerativas. **Diabetes mellitus**: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1997.
- BURSZTYN, Ivani; TURA, Luis Fernando R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para análises de possíveis interfaces. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.). **Representações sociais**: teoria e prática. Paraíba: EDUEPB, 2001. p.89-102.
- FRANCO, José. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: LESSA, Inês. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998. p.123-137.
- HADDAD, Maria do Carmo Lourenço et al. Educação e diabetes. In: ALMEIDA, Henriqueta Galvanin Guidio de; TAKAHASHI, Olga Chizue (Orgs.). **Diabetes Mellitus**: uma abordagem simplificada para profissionais de Saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. p.57-61.v.1.
- JARDIM, Paulo Cesar Brandão Veiga. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudos. In: NOBRE, Fernando et al. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p.57-88.
- LESSA, Inês. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998.
- OLIVEIRA, José Egídio Paulo de. Diabetes melito. In: MION, Décio Jr; FERNANDO, Nobre. **Risco cardiovascular global da teoria à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.7-19.
- PIERIN, Ângela M. G. et al. Fatores de risco cardíaco-vascular e adesão ao tratamento. In: MION JR., Décio; FERNANDO, Nobre. **Risco cardíaco-vascular global**: da teoria à prática. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139-152.
- PIERIN, Ângela M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, Fernando et al. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. p.21-33.
- RABELO, Eliane Sâmara; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.3, p.106-117, set./dez., 1998.
- ROCHA, Roseanne Montargil. **Riscos de úlceras nos pés**: perfil de um grupo de diabéticos do tipo 2. 2001. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.
- RODRIGUES, Márcia Toscano de Medeiros. **Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes. 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.
- SALES, Zenilda Nogueira. **Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus**. 2003. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.
- SMELTZER, Suzzane C.; BARE, Brenda G. Brunner/Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- SCAN, Suzana Fiore. Educação para a saúde a grupos de cliente diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.7, n.2, p.232-243, jul.1986.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. **Consenso Brasileiro de Diabetes**, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, Carlos Alberto Crespode; BUENO, João Romildo; MATTOS, Paulo. Fatores psíquicos e a aderência de pacientes diabéticos ao tratamento. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.47, n.7, p.331-335, 1998.