

ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eliana Kesia da Silva Lima¹
Maria Raquel da Silva Lima²

LIMA, E. K. da. S.; LIMA, M. R. da. S. Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em pacientes da atenção primária à saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama. v. 26, n. 3, p. 643-656, set./dez. 2022.

RESUMO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, que tem elevada prevalência na sociedade e representa um problema de saúde pública devido à natureza de suas complicações, acredita-se que a dificuldade na manutenção do tratamento, pode estar relacionada a deficiência ou falta de adesão. O estudo teve como objetivo relatar à adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus na Atenção Primária a Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 30 pacientes diabéticos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Guaiúba-CE, no período de agosto a outubro de 2021. A coleta de dados deu-se por entrevista semiestruturada utilizando questões norteadoras sobre adesão ao tratamento, adoção de práticas promotoras de saúde e posteriormente sujeita a análise de conteúdo. Observou-se que a adesão ao tratamento do diabetes envolve inúmeros desafios, relacionados principalmente ao usuário e sistemas de saúde/profissionais. Os maiores desafios encontrados foram em relação a supervalorização do tratamento medicamentoso frente a adoção de hábitos saudáveis e de ações promotoras de autocuidado. Nesse cenário, nota-se a importância de conhecer os fatores que influenciam na adesão ao tratamento com o intuito de se lançar estratégias para aperfeiçoar o planejamento de ações e intervenções a esses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Tratamento; Adesão.

ADHERENCE TO THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS IN PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that is highly prevalent in society and represents a public health problem due to the nature of its complications. The study aimed to report on the adherence to treatment of Diabetes Mellitus in Primary Health Care. This is a descriptive study, with a qualitative approach, conducted with 30 diabetic patients from a Primary Health Care Unit in Guaiúba-CE, in the period from August to October 2021. Data were collected through semi-structured interviews using guiding questions about adherence to treatment, adoption of health-promoting practices and later subjected to content analysis. It was observed that diabetes treatment adherence involves numerous challenges, mainly related to the user and health systems/professionals. The biggest challenges found were related to the overvaluation of drug treatment against the adoption of healthy habits and self-care promoting actions. In this scenario, it is important to know the factors that influence treatment adherence in order to develop strategies to improve the planning of actions and interventions for these patients.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Treatment; Adherence.

DOI: [10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8791](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8791)

¹ Enfermeira. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: eliana.kesia.lima@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9043-2880>

² Nutricionista. Centro Universitário Estácio. R. E-mail: m.raquelsc@edu.unifor.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8495-2345>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que tiene una alta prevalencia en la sociedad y representa un problema de salud pública debido a la naturaleza de sus complicaciones, se cree que la dificultad para mantener el tratamiento puede estar relacionada con la deficiencia o falta de adherencia. El estudio tenía como objetivo informar sobre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus en Atención Primaria. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 30 pacientes diabéticos de una Unidad de Atención Primaria de Salud de Guaiúba-CE, en el período de agosto a octubre de 2021. La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas en las que se utilizaron preguntas orientativas sobre la adherencia al tratamiento y la adopción de prácticas de promoción de la salud, y posteriormente se sometieron a un análisis de contenido. Se ha observado que el acceso al tratamiento de la diabetes conlleva numerosos desafíos, relacionados principalmente con el usuario y los sistemas de salud/profesionales. Los mayores retos encontrados estaban relacionados con la sobrevaloración del tratamiento farmacológico frente a la adopción de hábitos saludables y acciones de promoción del autocuidado. En este escenario, se constata la importancia de conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento para poner en marcha estrategias que mejoren la planificación de las acciones e intervenciones para estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus; Tratamiento; Adherencia.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e outras doenças respiratórias crônicas, constituem problema de saúde pública em todo o mundo. Em 2014 foram responsáveis por 70% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo (WHO, 2014). E no Brasil os números não são diferentes, onde 74% das mortes ocorridas em 2016 tiveram como causa uma doença crônica não transmissível (WHO, 2018).

Dentre essas doenças, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM) por ser um adoecimento de alta prevalência e gravidade de complicações. Em menos de 15 anos o número de pessoas diagnosticadas no país com diabetes aumentou passando de 5.5% em 2006 para 7.4% em 2019 (BRASIL, 2020). Esse aumento é preocupante, porém, ainda mais relevante é o aumento da prevalência das complicações, pois quando não tratado corretamente o DM pode causar uma série de complicações crônicas como insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, doença cardiovascular, entre outras.

Essas complicações crônicas do DM interferem na qualidade de vida dessas pessoas e acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e independência do sujeito (COSTA *et al.*, 2017). Dessa maneira se torna importante o acompanhamento e orientações dos profissionais de saúde com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e o controle e/ou redução das complicações da doença.

A Atenção Primária a Saúde (APS), por ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (BRASIL, 2014).

Desse modo, é na APS que ocorre o acompanhamento desses pacientes, as consultas devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional e a programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM deve acontecer de acordo com as necessidades do usuário, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2013).

Nesse contexto insere-se o enfermeiro, integrante da equipe multidisciplinar da atenção primária, destacando-se aqui a importância das consultas de enfermagem que podem ser utilizadas como ferramenta para atender às necessidades de saúde dos usuários de forma integral e resolutiva. Em relação ao diabetes, os cuidados de enfermagem se voltam para a prevenção e o controle da doença que se apresentam como um desafio quer para os indivíduos, quer para profissionais de saúde, visando alcançar melhorias no autocuidado da doença com a finalidade de reduzir atos indesejáveis e assim obter sucesso no tratamento (LIMA, 2018).

Nesse cenário, nota-se a importância de conhecer os fatores que influenciam na adesão ao tratamento desses pacientes com o intuito de se lançar estratégias para aperfeiçoar o planejamento de ações e intervenções a esses pacientes com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e diminuir a ocorrência dessas complicações. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo relatar c em pacientes da Atenção Primária à Saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) na cidade de Guaiúba-CE. A população foi formada pelas pessoas com diabetes cadastradas no Programa HIPERDIA da referida UAPS que compareceram as consultas médicas e da enfermagem no momento da coleta de dados.

Participaram da pesquisa 30 pessoas, a amostra em questão foi não probabilística e ocorreu por saturação, ou seja, quando as entrevistas passaram a não fornecer dados novos, a coleta foi cessada, levando em consideração que essa abordagem enfatiza a qualidade do conteúdo e não a quantidade (MINAYO, 2007; TURATO, 2003).

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos, diagnóstico de DM a mais de seis meses e que faziam acompanhamento regular na unidade. Os critérios de exclusão estabelecidos foi desorientação em relação a tempo e espaço, dificuldades de compreensão/comunicação, além de entrevistas incompletas.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2021, por meio da aplicação de um formulário contendo dados sociodemográficos e posteriormente ocorreu a entrevista semiestruturada com seis perguntas norteadoras sobre adoção de práticas promotoras de saúde e de controle do Diabetes Mellitus. As respostas foram gravadas em um *smartphone* e posteriormente

transcritas para análise dos dados. Para manter o sigilo dos entrevistados, as falas foram codificadas com a letra “P” de paciente seguida do número correspondente à coleta.

Em relação a análise dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens extraíndo-se as unidades de registro e de contexto das entrevistas (BARDIN, 2010).

As etapas da técnica conforme o autor são: pré-análise: que consiste na transcrição das entrevistas, organizando as falas distintas; Exploração do material: organização do conteúdo em seus devidos núcleos de sentido, de acordo com características comuns, classificando-os e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde as categorias utilizadas para análise de conteúdo são devidamente interpretadas, relacionando os dados com fundamentos teóricos que dará sentido a interpretação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 46571521.8.0000.5037 e parecer nº 4.748.840, obedecendo aos preceitos éticos referentes à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde- CNS que prioriza os seguintes princípios éticos: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. (BRASIL, 2012). A participação no estudo foi voluntária e documentada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constava todas as informações necessárias para a realização da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 30 participantes do estudo, a maioria foi do sexo feminino 60% (n=18), com faixa etária variando de 18 a 86 anos, com média de diagnóstico de DM superior/igual a 10 anos. A predominância do sexo feminino pode ser vista em outros estudos na maioria das vezes porque as mulheres se preocupam mais com a saúde, enquanto o homem tende a procurar os serviços apenas em situações agudas e/ou crônicas já com sintomas exacerbados e as vezes de difícil controle. (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

No tocante a renda familiar a predominância foi de 1-3 salários-mínimos, fato que é relevante, pois sabe-se que o tratamento da doença é oneroso, o que pode influenciar negativamente nas práticas de autocuidado (GOMIDES *et al.*, 2013). Por conta disso conhecer a renda do paciente é importante pois, a limitação financeira pode causar dificuldades para o deslocamento ao serviço de saúde, bem como prejudicar o automonitoramento glicêmico, a compra de medicações e o seguimento de uma alimentação adequada, por exemplo.

Em relação a ocupação 56,6% (n=17) eram aposentados e 60% (n=18) da amostra estudada não eram casados. Conhecer informações sobre a situação conjugal, assim como as relações

familiares são importantes no plano de cuidados elaborado pelos profissionais, pois é necessário considerar o sistema de apoio que o paciente dispõe no seu cotidiano (Vieira *et al.*, 2012).

Quanto a escolaridade, observou-se que 63,3% (19) tinham o ensino fundamental incompleto, fator que é importante ser considerado, visto que o grau de escolaridade influencia na compreensão das informações repassadas pelos profissionais durante as consultas. Dessa maneira, é importante adequar as orientações ao nível educacional do paciente para facilitar a compreensão e consequente adesão ao que está sendo proposto.

A partir da análise das perguntas sobre adoção de práticas promotoras de saúde e de controle do DM, foram formadas as seguintes categorias:

Categoria 1- Barreiras para o tratamento do diabetes

“Entende-se adesão ao tratamento ou adesão terapêutica como o grau em que o paciente é capaz de assimilar e incorporar em sua vida, voluntariamente, as orientações dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de sua doença.” (OLIVEIRA, 2014, p.24). Muitos são os fatores que podem dificultar a adesão do indivíduo ao tratamento orientado, que podem ser elencados em cinco dimensões: Pessoa, doença, tratamento, sistemas e/ou equipes de saúde e suporte social/ econômico (WHO,2003).

Esta categoria foi construída a partir das respostas dadas a primeira pergunta: “*Enquanto diabético você encontra dificuldades para aderir o tratamento corretamente? Por quê?*”. Os temas mais emergentes nesta categoria foram em relação a dificuldades em acessar os serviços para atendimento, falta de medicação e adesão ao tratamento:

Às vezes tenho, com medicamento, ter que tá tomando todo dia [...] Em relação a tudo né? No geral? As vezes tenho por que as vezes falta, a gente vai comprar na aldeota [fez referência a uma localidade próxima], porque aqui nem na farmácia não tem. Não é sempre, mas nesse ponto tem dificuldade (P2, 56 anos).

“Doutora, assim né, a gente até tenta ir para as consultas, mas não é sempre que tem. E fora que minha cabeça é ruim eu não lembro de pegar os remédios aí a receita vence, aí para conseguir outra é ruim, ainda mais depois dessa doença nova aí” (P30, 37 anos).

“Encontro sim, devido aos médicos, tá muito difícil da gente ser atendida [...] porque nunca tem ficha aí eu fico só comprado o remédio mesmo e tomo só quando me lembro, porque assim eu não sinto nada, por isso quando eu me lembro tomo ” (P27, 39 anos).

Faria *et al.* (2014) descrevem que os fatores envolvidos na adesão ao tratamento incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, cronicidade, ausência de sintomas, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento. Fatores esses que podem ser identificados nos discursos produzidos.

Alguns estudos nos últimos anos corroboram com o fato de que a problemática da baixa adesão é um problema recorrente, entre eles cita-se estudo realizado nas cinco regiões do Brasil, por meio de inquérito telefônico, onde identificou que as maiores prevalências de baixa adesão estiveram associadas a: indivíduos adultos jovens, baixa escolaridade, alto do custo do tratamento e autopercepção limitada sobre sua saúde, sendo sua maioria residentes na região Nordeste e Centro-Oeste do país, destaca ainda que a “baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil é relevante e requerem ações coordenadas entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e formuladores de políticas para o seu enfrentamento” (TAVARES *et al.*, 2016, p. 10).

De forma complementar, um levantamento realizado em Santa Catarina, com 20 pacientes, demonstrou que há diferentes fatores que interferem na adesão ao tratamento, como apoio da família, acesso aos medicamentos, acesso a consultas e custos da alimentação saudável, e que promover a adesão ao tratamento do DM é um desafio para os profissionais, tornando-se importante compreender as barreiras implicadas na baixa adesão aos pilares do tratamento do DM para que se possam reorientar as ações de saúde voltadas a esse público (CAMPOS *et al.*, 2016).

Um fato que chamou atenção durante a pesquisa foi que alguns participantes relataram inicialmente que não tinham problemas com a adesão ao tratamento, contudo durante os discursos foram percebidas barreiras para o tratamento:

“Não, tenho não. Por que assim, tem diabetes que sente dormências nas mãos né? Essas coisas não, graças a Deus não sinto não. Não, a dificuldade que tenho pra ir para o posto é só mode meu pé mesmo” (P1, 68 anos).

“Como assim? Não. Nenhum... Não, remédio não tomo não, tomei uns comprimidos aí que dá, assim que eu tomo me dá logo dor na barriga, aí parei” (P5, 58 anos)

“Não, não, não, tenho não. É porque a gente vai atrás, não encontra. O tratamento que eu tenho aqui é remédio, a minha diabete é controlada [...] Pressão também. É isso que eu tomo de remédio, que todo dia eu tomo de manhãzinha” (P24, 46 anos)

É importante ressaltar que poucos pacientes durante a pergunta inicial trouxeram a mudança de estilo de vida como algo que dificulte o tratamento, o que pode nos levar a reflexão de que muitos ainda tem a terapia medicamentosa como única opção de tratamento disponível para o diabetes. Além disso, alguns relataram que já abandonaram a terapia medicamentosa devido os efeitos colaterais ou então porque se incomodavam em ter que estar tomando remédio todos os dias, essas situações também foram encontradas por Silva *et al.* (2015) em sua pesquisa realizada com 63 pacientes diabéticos, com faixa etária variando de 36 a 89 anos, acompanhados em três Unidades Básicas de Saúde do estado do Piauí.

Vale lembrar que, adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. Se entendida dessa maneira, supõe que o paciente não tenha autonomia,

cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. É importante que o paciente se sinta livre para demonstrar suas angústias, dúvidas ou insatisfações, pois o modo de viver e de pensar de cada indivíduo tem influência significativa na sua adesão ou não ao tratamento.

Categoria 2- Tratamento e controle do Diabetes

Esta categoria foi formada pelos seguintes questionamentos: *“Em sua opinião, quais fatores ajudam no controle do DM? Segue-os?”*; *“Você acha que apenas o tratamento medicamentoso é suficiente para o diabético? Por quê?”*; *“Na sua percepção, qual a importância de seguir alguma dieta específica e rotina exercícios para controle do DM? Você tem este hábito?”*

Quando perguntados sobre os fatores de controle da doença, muitos pacientes responderam que a melhor forma é usando a medicação, tanto que de um total de 30 pacientes, 23 relataram que tomam as medicações todos os dias e em horários corretos. Resultado assim também foi descrito no estudo de Vicente *et al.*(2018), onde observou-se que 90,8 % (n=128) dos participantes tinham uma boa adesão ao tratamento medicamentoso.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), o tratamento básico e o controle da doença incluem principalmente uso correto de medicamentos, mudanças no estilo de vida e uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras, proteínas e atividade física regular. Entretanto, muitos pacientes têm dificuldade em aderir a mudança de estilo de vida seja por fatores ligados a si mesmo ou por falta de orientações adequadas durante as consultas de acompanhamento e principalmente no diagnóstico e dessa forma acabam achando que o uso da medicação é suficiente para o controle adequado da doença, conforme as falas descritas a seguir:

“O remédio” (P2, 56 anos).

“É o metformina que eu tomo, e aquele miudinho, só. É, só isso mesmo que eu faço” (P3, 71 anos).

“Eu acho que sempre tomando o medicamento certinho, né? Eu vim tomar um ainda agorinha” (P7, 61 anos).

“Aí não sei [...] eu sei, eu apenas só tomo a insulina né? que a doutora passou para mim tomar a insulina né? Aí tomo insulina três vezes no dia” (P12, 47 anos).

“Quais os fatores? Eu me ajudo a controlar a diabetes com a insulina. E metformina” (P21, 78 anos)

Moura (2016), relata que adesão ao tratamento medicamentoso é maior do que as medidas não medicamentosas, fator que nos remete mais uma vez a dificuldade de modificação de hábitos de vida, tornando-se mais fácil o uso de medicamentos em detrimento de alterações das práticas alimentares e de atividade física. Dessa maneira as orientações em relação a doença devem envolver informações importantes para a nutrição, atividade física e medicação.

Em relação a terapia não medicamentosa como importante para o controle da doença, muitos demonstraram conhecimento sobre a importância de hábitos saudáveis, o que é positivo já que, mudanças no estilo de vida, alimentares e de atividade física, são de fundamental importância no alcance dos objetivos do tratamento quais sejam o alívio dos sintomas e a prevenção de complicações agudas e crônicas (SBD 2017-2018):

“Assim, é... assim, a alimentação saudável, né? Exercício físico. No momento só isso. Graças a Deus sim. Só as caminhadas que não posso fazer, por causa desse pé... Eu fazia as caminhadzinhas para ajudar” (P1, 68 anos).

“A medicação, o exercício, não comer tudo que a gente tem vontade né?... Eu seguia, eu sempre ia fazer caminhada, que o médico pede, mas eu não tô indo por causa da pandemia” (P18, 63 anos).

Eu acho que não, só remédio não. Por que sempre falam em exercício, e prevenção de muitos tipos de comida, né? (P15, 83 anos)

Mesmo com os benefícios evidentes, a adoção de um estilo saudável por meio da alimentação e a atividade física se constitui como um desafio tanto para os indivíduos, quanto para os profissionais envolvidos. Talvez essa dificuldade de realizar modificações no estilo de vida, dê-se porque são hábitos adquiridos a longos períodos, o que torna mais difícil o processo de mudança. Notou-se ainda durante as falas que mesmo reconhecendo a importância, alguns dos participantes afirmaram não incorporarem esses hábitos ao seu dia a dia:

“É importante fazer atividade física, importante. Eu tento, mas eu esqueço...” (P16, 18 anos).

“Tem que ter né, tem que fazer dieta. Eu não tô fazendo dieta que a fome aperta” (P17, 81 anos).

“Para quem tem, pra quem aguenta, é bom fazer. Não, não aguento não. Mas eu não aguento não, sou muito preguiçoso, para andar, para correr, para caminhar” (P20, 67 anos).

“Precisa, é. Eu tenho, mas eu parei esses dias” (P21, 78 anos).

“O doutor disse que é importante, agora eu não faço por que tenho preguiça” (P22, 43 anos).

Os dados encontrados são semelhantes aos encontrados por Borba *et al* (2018) e Suplicy *et al.* (2021), onde o primeiro estudo foi realizado no estado de Pernambuco, com 244 idosos diabéticos pertencentes a um serviço gerontogeriátrico e o segundo realizado em Santa Catarina em quatro Unidades Básicas de Saúde com idade dos participantes variando de 60 a 69 anos e ambos destacam que a adesão ao tratamento não se dava de forma integral, encontrando-se baixa adesão à alimentação saudável e à atividade física.

Orem (2001) aborda em sua teoria que o paciente deve estar comprometido com as condutas terapêuticas prescritas, pois caso não esteja, acarretará um déficit de autocuidado, impossibilitando a melhora de sua condição de saúde. Então educar o paciente para ser responsável pelo seu cuidado

também é de suma importância para o sucesso do seu tratamento, além de possibilitar a autonomia do indivíduo.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico para a promoção do autocuidado por meio de um cuidado integral e resolutivo às pessoas com DM (SUPLICI *et al.*, 2021) Durante as consultas deve haver as intervenções dos profissionais de saúde incentivando o paciente a conhecer sua doença, bem como adotar medidas de autocuidado necessárias para a manutenção da saúde. Além do suporte para apoiá-las no enfrentamento dos desafios inerentes ao tratamento do DM com vistas ao autocuidado, já que 95% dos cuidados exigidos para o sucesso terapêutico são de responsabilidade da pessoa (OLIVEIRA *et al.*, 2011;).

Além do autocuidado do paciente, é necessário fortalecer os programas de acompanhamento desse público, facilitando seu acesso sendo em atividades em grupos, busca ativa aos faltosos das consultas e implementação de método eficaz de acompanhamento. Não se deve restringir o momento da consulta para mera renovação de receitas, não que a medicação não seja importante, contudo, sozinha não é suficiente para o controle eficaz da doença. Por isso, durante as consultas com esses pacientes se faz necessário questionar sobre o seguimento do tratamento proposto, perceber se existe alguma resistência e se existir, trabalhá-la com o uso de inúmeras formas para estimular esse autocuidado (LIMA, 2018).

O acompanhamento médico e de enfermagem é de suma importância, pois são os profissionais que estão mais presentes nos serviços participando do diagnóstico até o tratamento das possíveis complicações, contudo nota-se a importância de um atendimento multiprofissional para orientações mais especializadas como nutricionista e educador físico, para individualmente traçar planos para ajudá-los a aderir um estilo de vida mais saudável.

De acordo com Ferreira *et al.* (2018), a intervenção da equipe multiprofissional no tratamento do DM traz ações transformadoras que favorecem o paciente. A articulação entre o conhecimento teórico e prático dos profissionais de saúde, a implementação de estratégias de atenção ao diabetes e o engajamento efetivo dos usuários e familiares potencializam os efeitos benéficos do tratamento.

Categoria 3 - Conhecimentos sobre a prevenção ao pé diabético

As complicações crônicas do diabetes são categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica (SBD, 2017-2018). Dentre elas, a neuropatia diabética periférica diabética consta como a mais prevalente, sendo caracterizada por sintomas como dormência, queimação, pontadas e agulhadas, além de perda da sensibilidade, o que coloca os membros inferiores em risco para o surgimento de traumas e/ou lesões (IWGDF, 2015; MENEZES, 2016).

Esta categoria foi criada a partir da última pergunta: “*Você sabia que quem tem diabetes precisa ter cuidados diferenciados com os pés? Você tem algum cuidado específico?*” Nesta classe os participantes relataram que tinham conhecimento, mesmo que inespecíficos, sobre os principais cuidados com os pés:

“Precisa. Eu estou com medo até de levar um arranhão na perna. Não levo arranhão nem nada” (P5, 58 anos).

“Sabia. É só não levar corte, por que resseca né a pele? Eu evito levar corte” (P6, 64 anos).

“Sabia. Não, mas assim, específico não, mas eu faço alguns procedimentos, cortar as unhas, limpar as unhas” (P7, 61 anos).

“É, sabia. Eu cuido, sempre faço os pés, eu peço as meninas para fazer” (P21, 78 anos).

Contudo, muitos relataram não aderir os cuidados ou tinham dificuldade de reconhecer se os sintomas sentidos eram relacionados ao diabetes:

“Sim, sabia. Não tenho cuidado não” (P2, 56 anos).

“Sim, esses pés aqui incharam tanto, doeu tanto... Tem até umas meias ali que a doutora passou para usar, eu gosto de andar a pé, no chão, no quintal que é assim, vou botar plantar, aguar planta, tem muita poeira, e nem todo dia coloco” (P18, 63 anos).

“É... Cortar unha, furar, cutucar, coçar... Mas eu esqueço, quando lembro eu faço” (P20, 67 anos)

Rapaz, é o seguinte, eu tô aqui, não sei se é diabetes também, mas acho que não é não. Porque meus pés são dormentes, da diabetes não é... Tinha a hérnia de disco aqui, e não tinha isso, de jeito nenhum, nunca deu doença nos meus pés, depois que fiz esses exames, que meus pés é dormente (P24, 46 anos).

Resultado parecido também foi encontrado em revisão integrativa realizada por Alves et al. (2019), onde estudos indicam que as pessoas com Diabetes Mellitus conhecem sobre o pé diabético e as ações de autocuidado necessárias para evitar essa complicação, no entanto constata-se a não adesão e adesão parcial as ações de autocuidado com os pés.

Diante dos dados levantados, percebe-se a necessidade que esses pacientes têm de receber orientações sobre as atividades de autocuidado com os pés para se evitar as lesões e até a amputação de membros nas situações mais graves. Para isso é importante que os profissionais estejam habilitados e sensíveis para reconhecer o pé em risco e sempre reforçar durante as consultas os cuidados básicos com os pés, pois percebe-se que alguns pacientes não o fazem por falta de conhecimento.

4. CONCLUSÃO

Perante o exposto, observou-se que a adesão ao tratamento do diabetes envolve inúmeros desafios, relacionados principalmente ao usuário e sistemas de saúde/profissionais. Os maiores

desafios encontrados foram em relação a supervalorização do tratamento medicamentoso frente a adoção de hábitos saudáveis e de ações promotoras de autocuidado.

Dessa forma, é importante que durante as consultas, os profissionais de saúde mantenham uma atitude não julgadora, sempre com abordagens individualizadas, levando em consideração o contexto na qual o sujeito está inserido e sem imposição de tratamentos generalizados, para que se possa esclarecer o paciente sobre a gravidade da doença e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e assim fortalecer seu autocuidado e evitar complicações graves devido a não adesão ao tratamento.

Diante disso, o presente estudo pode servir de subsídios para orientar a prática dos profissionais, pois conhecer os motivos individuais que influenciam o comportamento do indivíduo em relação ao tratamento pode ajudar a aperfeiçoar a práxis, além de melhorar o planejamento e cuidado dos pacientes de acordo com suas dificuldades e potencialidades.

A pesquisa apresentou limitações como: dificuldade em conseguir completar a amostra do estudo, devido ao cenário de pandemia e o número reduzido de pessoas diabéticas que compareciam ao serviço. Além disso, o estudo foi realizado em uma única unidade e por isso mais pesquisas são recomendadas para avaliar como ocorre a adesão ao tratamento da doença em diferentes unidades/localidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.M. *et al.* Ações de autocuidado com os pés realizados por pessoas diabéticas: Revisão integrativa. **Temas em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 5-20, 2019.

BARDIN, L. *Análise conteúdo*. 5ª edição. Lisboa. Edições 70. 2010.

BORBA, A. K. O. *et al.* Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] v. 23, n.3, p. 953-961, 2018 . Disponível em <: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-adesao-terapeutica-em-idosos-diabeticos-assistidos-na-atencao-primaria-de-saude/15707?id=15707> >. Acesso em 18 janeiro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n. 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acesso em : < https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html >. Acesso em: 11 fevereiro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília, DF: MS, 2020.

CAMPOS, T.S. P *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **J. Health Biol. Sci**, v.4, n.4, p. 251-256, 2016

COSTA, A. F. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1 - 14, 2017.

FARIA, H.T.G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FERREIRA, D. L. *et al.* O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 17, n. 17, p. 1-7, 2018.

GOMIDES, D. S. *et al.* Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul. Enferm.** v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **International consensus on the diabetic foot and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot**, 2015.

LIMA, E. K. S. Eficácia de Jogo Educativo no Conhecimento de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 e suas Repercussões ao Tratamento da Doença. **Trabalho de Conclusão de Curso (graduação)**, Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018. 69 f.

MENEZES, L. C. G. Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado. 2016. 264 f. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** - Universidade Estadual do Ceará, 2016. Disponível em: <<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=82419> > Acesso em: 10 de janeiro de 2021

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec.2007.

MOURA, N.S. Intervenções Educativas para Promoção do Autocuidado de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 [**dissertação**]. Fortaleza (CE): UECE/ Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2016.

MOREIRA; R.L.S.F, FONTES; W.D, BARBOZA T.M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, v.18, n. 4, 2014.

OLIVEIRA, N. V. Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus. **Trabalho de Conclusão de curso (Especialização)**, Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Governador Valadares, 2014. 44 f.

OLIVEIRA, N. F. *et al.* Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 301-307, 2011.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby-Yearbook, 2001.

SILVA, A. P. *et al.* Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. **Rev. Rene**, v. 16, n. 3, p. 425-33, maio. /jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad, 2019.

SUPLICI, S. E. R. *et al.* Adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n.5, p. 1-9, 2021.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 50, n.2, p. 1-11, 2016.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa**. Petrópolis, 2003.

VICENTE, N. G. *et al.* Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Diabetes Mellitus. **Enfermería Global**, v. 17, n.4, p. 446-486., 2018.

VIEIRA, C. P. B. *et al.* Idosos com acidente vascular encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. **Rev. Rene**, v. 13, n. 3, p. 522-530, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Genebra: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases, a vital investment: WHO global report**. 2005, Genebra: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action Geneva**. Genebra, WHO, 2003.

Recebido em: 06/07/2022

Aceito em: 04/10/2022