

# PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTRIBUIR E AUMENTAR A ADESÃO AO AUTOCUIDADO CONTINUADO E PERMANENTE DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

PROPOSED INTERVENTION TO CONTRIBUTE AND INCREASE THE ADHERENCE TO CONTINUED AND PERMANENT SELF-CARE OF THE USERS CARRIED OUT OF DIABETES MELLITUS

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA CONTRIBUIR Y AUMENTAR LA ADHESIÓN AL AUTOCUIDADO CONTINUADO Y PERMANENTE DE LOS USUARIOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Leontina Simoa Ferreira Maturino<sup>1</sup>

Leila Leal Leite<sup>2</sup>

## RESUMO

Das doenças crônicas prevalentes, o Diabetes Mellitus é decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. No entanto, o Diabetes Mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco. **Objetivos:** Conhecer o padrão alimentar pessoal e familiar é fundamental, ainda, para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle glicêmico ou que possam, ao longo do tempo, agravar a doença. **Métodos:** A proposta de intervenção do autocuidado continuado dos portadores de diabetes será implantada na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde, a partir da definição dos problemas e do diagnóstico situacional, na qual a falta do autocuidado continuado da pessoa diabética apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes. **Conclusão:** Atualmente no município de Bom Jesus existem 537 pacientes diabéticos adscritos nas Unidades básicas de Saúde, identificados através do perfil epidemiológico desse território.

**Palavras-chaves:** Diabetes Mellitus; Atenção Básica; Diagnóstico Situacional.

## ABSTRACT

Of the prevalent chronic diseases, Diabetes Mellitus is due to lack of insulin and / or the inability of insulin to adequately exert its effects. However, Diabetes Mellitus (DM) may remain asymptomatic for a long time. For this reason, it is important that Primary Care teams pay attention not only to the symptoms of diabetes but also to their risk factors. **Objectives:** Knowing the personal and family dietary pattern is still fundamental to identify factors that may contribute to or impair glycemic control or

that may, over time, aggravate the disease. **Methods:** The proposed intervention of self-care of patients with diabetes will be implemented in the area of coverage of the Family Health Teams of the Basic Units of Health, from the definition of the problems and the situational diagnosis, in which the lack of the continuous self-care of the diabetic person appeared as one of the most frequent health problems. **Conclusion:** Currently in the municipality of Bom Jesus there are 537 diabetic patients enrolled in the Basic Health Units, identified through the epidemiological profile of this territory.

**Key words:** Diabetes Mellitus; Basic Attention; Situational Diagnosis.

## **RESUMEN**

De las enfermedades crónicas prevalentes, la diabetes mellitus es consecuencia de la falta de insulina y / o de la incapacidad de la insulina para ejercer adecuadamente sus efectos. Sin embargo, la diabetes mellitus (DM) puede permanecer asintomática durante mucho tiempo. Por esta razón, es importante que los equipos de Atención Básica estén atentos, no sólo para los síntomas de la diabetes, sino también para sus factores de riesgo. **Objetivos:** Conocer el patrón alimentario personal y familiar es fundamental, aún, para identificar los factores que puedan contribuir o perjudicar el control glucémico o que puedan, a lo largo del tiempo, agravar la enfermedad. **Métodos:** La propuesta de intervención del autocuidado continuado de los portadores de diabetes será implantada en el área de cobertura de los Equipos de Salud de la Familia de las Unidades Básicas de Salud, a partir de la definición de los problemas y del diagnóstico situacional, en la cual la falta del autocuidado continuado de la persona diabética apareció como uno de los problemas de salud más frecuentes. **Conclusión:** Actualmente en el municipio de Bom Jesús existen 537 pacientes diabéticos adscritos en las Unidades básicas de Salud, identificados a través del perfil epidemiológico de ese territorio.

**Palabras claves:** Diabetes Mellitus; Atención Básica; Diagnóstico Situacional.

### **Endereço para correspondência:**

<sup>1</sup>Leontina Simôa Ferreira Maturino -Nutricionista – Praça Padre Leandro, nº 933 - Bairro Centro, Bom Jesus, Piauí-PI, Brasil. CEP: 64.900-000. E-mail: [leontinasimoa@hotmail.com](mailto:leontinasimoa@hotmail.com)

<sup>2</sup>Tutora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal Aberta UNASUS-UFPI. Email: [Leilaleal@ufpi.edu.br](mailto:Leilaleal@ufpi.edu.br)

## **INTRODUÇÃO**

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com problemas diariamente, por longo tempo ou toda a vida, por isso é fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições e motivadas a lidar com elas, sendo adequadamente capacitadas e orientadas a cumprirem seu plano de tratamento. Mas, para que isto aconteça, elas precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso.

Das doenças crônicas prevalentes, o Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007), o número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente com diabetes.

Dados epidemiológicos estimava-se que em 1985 existissem 35 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030. No Brasil, dados mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,58 para a faixa etária de 0-29 anos, até 181,1 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente superior de 300 vezes (SBD, 2007).

Atualmente no município de Bom Jesus existem 537 pacientes diabéticos adscritos nas Unidades básicas de Saúde, identificados através do perfil epidemiológico desse território (SIAB MUNICIPAL, agosto 2017).

A partir de experiências dos profissionais com os diabéticos do referido município, foi identificado através das consultas e das atividades coletivas, uma grande problemática do baixo autocuidado dos mesmos, na qual alguns fatores, como a não consciência das consequências do não controle Diabetes, o desconhecimento da importância da alimentação no tratamento na compensação da glicemia em conjunto com a terapia medicamentosa, a idade, o baixo poder aquisitivo para a adoção de uma dieta adequada, a baixa escolaridade, bem como a dor, a ansiedade, a inconveniência e perda de estilo de vida, apresentam forte impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias.

Os pacientes diabéticos que se encontram adscritos na UBS tem grandes dificuldades na adesão de mudança do estilo de vida, implicando grande deficiência em relação ao autocuidado continuado no seu cotidiano, como: perda de peso, mudanças alimentares, prática de atividade física, além das motivações individuais deficientes por parte do indivíduo e da não integração da equipe multiprofissional nessa linha de cuidado.

## **OBJETIVOS:**

Objetivo geral:

Incentivar os portadores de Diabetes mellitus às práticas integrativas e permanentes de promoção de saúde sensibilizando-os e empoderando-os à adesão ao autocuidado continuado.

Objetivos específicos:

Acompanhar os portadores de diabetes das unidades básicas de saúde de forma humanizada, acolhedora, solidária e na sua integralidade;

Empoderar os portadores de diabetes dando-lhes autonomia e corresponsabilizando-os pela sua saúde;

Ampliar o acesso aos serviços e à equipe multiprofissional de saúde, através do acompanhamento individual e coletivo com ações educativas em saúde;

Incentivar a adesão de práticas integrativas complementares, ampliando o autocuidado no âmbito da Atenção Primária;

Promover ações educativas em saúde continuada, promovendo aos portadores de diabetes o autocuidado continuado.

## MÉTODO - PLANO OPERATIVO

Situação problema	Objetivos	Metas/prazos	Ações/ Estratégias	Responsáveis
Aumento da prevalência de portadores de Diabetes Mellitus. Dificuldade de adesão ao autocuidado continuado.	Acompanhar os portadores de diabetes da unidade básica de de forma humanizada, acolhedora, solidária e na sua integralidade;	Estratificação dos fatores de risco e as condições de saúde das pessoas portadoras do diabetes; Prazo- 2º semestre de 2017 até 1º semestre de 2108.	Acompanhar e monitorar os portadores de diabetes pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão ao tratamento; Oferecer cuidados preventivos e tratamento precoce; Monitorar o controle da glicemia e a adesão ao tratamento;	Enfermeiro Médico
	Empoderar os portadores de diabetes dando-lhes autonomia corresponsabilizando-os pela sua saúde;	Intensificar a educação permanente em saúde para os indivíduos, comunidade e profissionais no manejo do diabetes e suas complicações; Prazo- 3 vezes ao ano.	Promover ações educativas em saúde, permanente e continuada, promovendo aos portadores de diabetes o autocuidado continuado; Capacitar os profissionais em educação em saúde de forma continuada e permanente para atuarem na promoção da saúde fortalecendo a atenção básica.	Nutricionista Fisioterapeuta Psicólogo Farmacêutico
	Ampliar o acesso aos serviços e à equipe multiprofissional de saúde, fortalecendo o vínculo, através do acompanhamento individual e coletivo com ações educativas em saúde;	Traçar estratégias e motivar os portadores de diabetes às mudanças do estilo de vida fortalecendo e empoderando-os ao cuidado continuado no controle glicêmico Prazo- 2º semestre 2017	Fortalecer a terapia não medicamentosa concomitante com a terapia medicamentosa, com adesão ao autocuidado continuado; Inserir e orientar a família no manejo do diabetes; Rastreamento das pessoas que tem alto risco para desenvolver a doença e das pessoas quem tem e não sabe.	Dentista Educador físico Técnico de enfermagem
	Incentivar a adesão de práticas integrativas complementares, ampliando o autocuidado no âmbito da Atenção Básica;	Fortalecer o atendimento individual e coletivo de maneira acolhedora, compartilhada e solidária, de forma integralizada e equinome em todos os pontos de atenção Prazo- 2018	Orientação e o acompanhamento das mudanças relacionadas ao seu estilo de vida de forma continuada. Monitorar o acompanhamento das mudanças relacionadas ao seu estilo de vida.	

## **PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO**

A proposta de intervenção do autocuidado continuado dos portadores de diabetes será implantada na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde, a partir da definição dos problemas e do diagnóstico situacional, na qual a falta do autocuidado continuado da pessoa diabética apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes.

As Equipes de Saúde da Família contará com uma equipe de colaboração de 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 2 dentistas, 2 técnicos de enfermagem e 2 de saúde bucal, 1 educador físico, somados aos 8 Agentes Comunitários de Saúde e 1 farmacêutico.

Diante disso, serão planejadas e desenvolvidas ações e estratégias de intervenções que requerem um acompanhamento contínuo ao longo do tempo com a análise mensal e o monitoramento dos indicadores a serem utilizados. Durante a avaliação para medir o grau de cumprimento das ações e seus resultados, serão utilizados indicadores como: sexo, idade, sedentarismo, internações, óbitos, hipertensão e outros agravos associados e diabéticos cadastrados e confirmados. Os dados dos indicadores a serem avaliados terão como fonte de dados: SIHSUS, e-SUS AB, SISAB, SIM.

A gestão do plano será feita pelo coordenador da ESF, e o acompanhamento dos indicadores e das ações desenvolvidas, bem como os resultados, serão analisados através de relatórios de monitoramento do PEC, em reuniões mensais com os profissionais envolvidos nessa proposta de intervenção.

Os resultados serão divulgados em reuniões com a comunidade, pelos meios de comunicação de rádio e redes sociais, pelos sistemas de informação da rede do SUS, em congressos municipais, estaduais e nacionais, bem como através de artigos e publicações pelos profissionais envolvidos nessa proposta de intervenção relacionada ao autocuidado continuado do portador de Diabetes mellitus.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Saúde é “um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente” (MINAYO, 1992), ou seja, obra de complexa produção social, cujos resultados na qualidade de vida de uma sociedade estão relacionados às decisões sobre os determinantes sociais da Saúde<sup>8</sup>. Em 1992, Dahlgren e Whitehead sistematizaram o conjunto de determinações do processo saúde/doença ou saúde/adoecimento a partir do paradigma da promoção da saúde e, no caso brasileiro, associada à perspectiva da mudança social (BUSS apud CZERESNIA; FREITAS, 2003) e da redução das iniquidades, na qual, os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, cânceres e doenças respiratórias) possuem quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool<sup>14</sup>.

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso, levando-os a alcançarem resultados positivos para sua qualidade de vida, como, menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades<sup>10</sup>.

No entanto, o Diabetes Mellitus pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade), onde a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida<sup>13</sup>.

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente



8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar do mesmo<sup>1</sup>.

A implementação da assistência deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado deve ser da equipe multiprofissional de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim. Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta e avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades<sup>9</sup>.

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para MEV (NATHAN et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; MCCULLOCH, 2011) para a efetividade do tratamento<sup>2,12</sup>. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser em conjunto com o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012)<sup>7</sup>.

As pessoas com DM precisam ser apoiadas para realizar mudanças em seu estilo de vida e instruídas sobre como fazê-lo. Estratégias cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e aderência às recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam à promoção e ao apoio ao autocuidado, bem como as práticas integrativas complementares, fazem parte do tratamento do DM e, como tal, a equipe precisa ser instrumentalizada para aplicá-los no seu dia a dia<sup>13</sup>.

As orientações para o acompanhamento da pessoa com DM depois de definido o tratamento medicamentoso, é importante que a pessoa com DM mantenha o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco.

No entanto, a equipe deve estar ciente de que a programação do cuidado não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico ou ao critério de presença de uma doença específica. É importante considerar também os determinantes sociais de Saúde, ver o indivíduo na sua integralidade, bem como suas necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas, pois o Diabetes Mellitus não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos<sup>22</sup>.

Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular, associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT *et al.*, 2010)<sup>21</sup>.

As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas<sup>6</sup>. Essas complicações agudas do DM incluem a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg/dL. Essas complicações requerem ação imediata da pessoa, da família ou dos amigos, e do serviço de Saúde. A orientação adequada ao paciente e à família e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento, telefônico ou no local, são fundamentais para auxiliar a pessoa a impedir que o quadro evolua para quadros clínicos mais graves. A patogenia dessas complicações ainda não está totalmente esclarecida, e duração do diabetes é um fator de risco importante, mas outros fatores como hipertensão arterial, fumo e colesterol elevado interagem com a hiperglicemia, determinando o curso clínico da micro e da macroangiopatia (DONELLY, 2000)<sup>6</sup>.

A implementação simultânea de medidas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de controlar a hiperglicemia, a hipertensão, a

dislipidemia e a microalbuminúria, quando comparada a intervenções tradicionais, foi eficaz na redução de várias complicações do diabetes tipo 2, em um acompanhamento de 7 a 8 anos, reduzindo em 53% o risco de doença cardiovascular, em 58% o desenvolvimento de retinopatia, em 61% a incidência de nefropatia e em 63% de neuropatia autonômica (GAEDE, 2003)<sup>24</sup>.

Um plano de ação pode ser desenvolvido para dar apoio às pessoas no controle destes fatores de risco. A equipe multiprofissional precisa auxiliar e apoiar as pessoas com DM na suspensão do tabagismo, adoção de uma dieta saudável e realização de atividade física de forma regular<sup>23</sup>.

As pessoas com DM são acometidas de depressão com prevalência pelo menos três vezes maior que a verificada na população adulta não diabética. A depressão é um sofrimento marcado pela diminuição da autoestima, que acomete pessoas aparentemente saudáveis do ponto de vista orgânico, mas que está presente em proporção muito maior nas pessoas doentes, em especial naquelas acometidas de doenças crônicas. As limitações de diversas ordens impostas pelo diabetes, tais como as restrições nutricionais, a necessidade do uso contínuo de medicamentos, frequentemente sob forma injetável, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle, a possibilidade de discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado, fragilizam emocionalmente e psicologicamente as pessoas diabéticas e comprometem sua autoestima, abrindo o caminho para a depressão. Uma vez estabelecida a depressão, sua influência negativa no controle do diabetes é evidente, pois as pessoas deprimidas ficam desmotivadas para aderir às recomendações e ao plano de autocuidado<sup>25</sup>.

Entre as complicações crônicas do Diabetes Mellitus, as úlceras de pés (também conhecido como pé diabético) e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (SINGH; ARMSTRONS; LIPSKY, 2005)<sup>25</sup>.

A terapia nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus (DM) e no retardo das complicações associadas ao DM, integrando o conjunto de

medidas de autocuidado e educação em Saúde (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2007; KIRSTEN et al., 2010; SANTOS et al., 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005)<sup>2,13,27</sup>. As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (KIRSTEN et al., 2010)<sup>2,27</sup>.

Diversos estudos comprovam que a atenção nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus e no retardo das complicações associadas à doença, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2007; KIRSTEN et al., 2010; SANTOS et al., 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005)<sup>2,13</sup>. A alimentação está relacionada diretamente com alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle do DM tipo 2 e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003)<sup>9</sup>, na qual as modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso tanto para o controle glicêmico como para o controle pressórico, manutenção ou perda de peso, resultando na redução dos riscos associados às doenças cardiovasculares (KIRSTEN et al., 2010)<sup>27</sup>.

Diante da relevância da alimentação no controle do diabetes, alguns instrumentos podem apoiar as ações de educação em Saúde. A versão de bolso do *Guia Alimentar para a População Brasileira, Dez Passos para uma Alimentação Saudável*, é um dos instrumentos construídos a partir das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e em consonância com os preceitos da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde<sup>9</sup>.

Os “Dez Passos” resumem as diretrizes do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006) e contemplam as recomendações das sociedades médicas baseadas em evidências científicas<sup>15</sup>. A sua utilização vai depender da atividade que será desenvolvida e do quanto o profissional está apropriado para utilizar esse instrumento, como por exemplo, em grupos de educação em Saúde, as orientações podem ser mais bem aproveitadas se expostas de maneira geral e problematizadora, discutindo o quanto cada um dos

participantes conhece e compreende essas informações e se conseguem ou não adequar a sua alimentação dentro do seu contexto cultural, social e econômico. Em atendimentos individuais e atividades coletivas, o foco será a motivação e o apoio para o autocuidado permanente e continuado com orientações específicas a partir de inadequações identificadas no padrão alimentar para estímulo à adequação dos hábitos alimentares o mais próximo possível das recomendações para alimentação saudável<sup>15</sup>.

Os médicos, nutricionista, enfermeiros, bem como todos das equipes de AB realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com DM em consulta individual, mas é fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação e que saibam realizar orientações sobre alimentação saudável em conjunto com a terapia medicamentosa para um adequado controle glicêmico e para prevenção de complicações. Dietas com baixo teor de carboidratos têm benefício no controle glicêmico, na perda de peso (mesmo sem focar na restrição calórica), na redução do uso de medicações e nos fatores de risco cardiovascular como aumento do HDL-colesterol, quando comparadas com dietas tradicionais (WESTMAN *et al.*, 2008; ESPOSITO *et al.*, 2009)<sup>20,26</sup>.

Conhecer o padrão alimentar pessoal e familiar é fundamental, ainda, para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle glicêmico ou que possam, ao longo do tempo, agravar a doença. A investigação do padrão alimentar, em especial o consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura saturada e o baixo consumo de fibras, frutas e vegetais, é uma ferramenta importante para a prevenção e o manejo do DM, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BRASIL, 2006)<sup>9,17</sup>.

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2001; CANAAN *et al.*, 2006)<sup>4,19</sup>.

A utilização dessas informações deve ser avaliada de acordo com as atividades a serem desenvolvidas e objetivos propostos para a atenção individual ou coletiva em grupos de educação em Saúde, e as orientações podem ser expostas de maneira geral e problematizadas, ao passo que, individualmente, o foco será a motivação e o apoio para o autocuidado continuado e permanente.

É fundamental no processo de educação em Saúde que as metas, as atividades e os prazos sejam factíveis e estabelecidos em conjunto com a pessoa, pois ela precisa definir com apoio do profissional como alcançar o peso adequado ou adotar hábitos alimentares saudáveis para o controle glicêmico.

O profissional que apoia o processo de autocuidado tem o papel de auxiliar na identificação e na reflexão sobre as dificuldades e potencialidades para realizar modificações no estilo de vida.

Faz-se necessário reforçar que a mudança de hábitos é algo complexo e que o profissional precisa utilizar estratégias que facilitem esse processo, conhecer e utilizar os recursos disponíveis na UBS, na comunidade, como os centros de convivência, os espaços de esporte e de lazer e as escolas, onde podem ser utilizados os Polos de Academia da Saúde, espaços públicos construídos para a orientação e desenvolvimento de atividade física/práticas corporais, além de ações de segurança alimentar e nutricional, de educação alimentar e de práticas artísticas e culturais, podem ser oportunizados nesse sentido, levando em consideração hábitos de vida, preferências pessoais, assim como condições socioeconômicas individuais e comunitárias, cultura, vulnerabilidade social, identificando os fatores que influenciam diretamente na adesão, e na promoção do autocuidado. O autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica.

O autocuidado, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um

horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo. O autocuidado é baseado na percepção da pessoa, sobre os seus problemas e as suas condições e, ainda, qual dos seus problemas relacionados à sua condição crônica que ele percebe como prioridade a ser trabalhada, superada ou manejada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em virtude do que foi mencionado o aumento da adesão ao autocuidado do portador de diabetes não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mas é também responsabilidade da equipe multiprofissional de saúde, centrado na pessoa e na sua integralidade.

A construção conjunta de um plano de intervenção de cuidado entre gestão, profissionais, família, usuários, bem como a implantação e implementação de ações intersetoriais, estratificando as prioridades de acordo com a vulnerabilidade em que estão inseridos, deve acontecer por meio de uma negociação entre profissionais de Saúde e usuários adscritos nas UBS.

Esta linha de cuidado continuado com o portador de Diabetes e a sua família contribui para o fortalecimento do vínculo entre usuário, e profissionais das equipes de saúde da família, condicionando-lhes maior acesso a equipe multiprofissional e seus apoiadores, levando a diminuir a frequência nas consultas de rotina, gastos com medicamentos, internações e transferências para outras referências da rede de atenção à saúde.

A adesão ao autocuidado continuado tem como consequência a médio e longo prazo, o fortalecimento da Atenção Básica, a promoção da saúde, prevenção e redução de danos e agravos, com melhora significativa da qualidade de vida dos portadores de Diabetes.

Este cuidado contribui de forma relevante no seu processo saúde-doença, melhorando os seus condicionantes e determinantes de saúde, levando em consideração os seus hábitos de vida, as preferências pessoais, bem as como condições socioeconômicas individuais e comunitárias, cultura, vulnerabilidade social, a identificando dos fatores de risco, seus condicionantes e determinantes de saúde que influenciam e impactam diretamente na vida e no convívio social da pessoa em relação à sua condição crônica.



## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2011. Diabetes Care, Alexandria, v. 34, Suppl. 1, p. S11–61, 2011.
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes –2012. Diabetes Care, Alexandria, v. 35 Suppl. 1, p. S11–63, 2012.
4. BRASIL. Ministério da saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.
5. BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. m. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
6. DONNELLY, R. et al. **ABC of arterial and venous disease: vascular complications of diabetes**. BMJ, v. 320, n. 7241, p. 1062-1066, 2000.
7. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. São Paulo: Artmed, 2012.
8. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
10. SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.
11. SINGH, A.; ARMSTRONGS, D. P. M.; LIPSKY, B. A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA, [S.l.], v. 293, n. 2, p. 217-28, 2005.

12. SINGH, N. et al. **Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes.** JAMA, [S.I.], v. 293, n. 2, p.217-228, 2005.
13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 3. ed. Itapevi: A. Araujo Silva Farmacêutica, 2009.
14. BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Atualização brasileira sobre diabetes.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar da população Brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.
18. CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.39-53.
19. CANAAN, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, são Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.
20. WESTMAN, E. C. et al. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. **Nutrition and Metabolism**, London, v. 5, p. 36, 2008.
21. SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde.** Brasília: 2010.
22. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62-69, 2010.
23. GAEDE, P. et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, [S.I.], v. 358, n. 6, p. 580-591, 2008.
24. GAEDE, P. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, [S.I.], v. 348, n. 5, p. 383-393, 2003.

25. SINGH, A.; ARMSTRONGS, D. P. M.; LIPSKY, B. A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **JAMA**, [S.l.], v. 293, n. 2, p. 217-28, 2005.  
SINGH, N. et al. Preventing Foot Ulcers in Patients.
26. ESPOSITO, K. et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, n. 5, p. 306–314, 2009.
27. KIRSTEN, J. et al. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes Who are hyperglycaemic despite optimised drug treatment— Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled Trial. 2010.
28. WESTMAN, E. C. et al. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. **Nutrition and Metabolism**, London, v. 5, p. 36, 2008.