FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

FÁBIO RICARDO FERNANDES DA SILVA

O PAPEL DA ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE ALIADO DO PACIENTE, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DADIABETES MELLITUS NA ESF

Além Paraíba
2019

FÁBIO RICARDO FERNANDES DA SILVA

O PAPEL DA ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE ALIADO DO PACIENTE, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DADIABETES MELLITUS NA ESF

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Prof. Orientador: Profª. Aline Gonçalves Ferreira.

Além Paraíba
2019

FÁBIO RICARDO FERNANDES DA SILVA

O PAPEL DA ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE ALIADO DO PACIENTE, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DADIABETES MELLITUS NA ESF

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem:

Prof. Mestre Douglas Pereira Senra (Prof. da Disciplina)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Profª Enf. Especialista Aline Gonçalves Ferreira (Orientador)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Prof. Enf. Michelly Baganha Coelho Soares
Fundação Educacional de Além Paraíba

Além Paraíba
2019

FICHA CATALOGRÁFICA (VERSO DA FOLHA DE ROSTO)

SILVA, Fábio Ricardo..

O papel da enfermagem como importante aliado do paciente, na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus na ESF / SILVA, Fábio Ricardo, Além Paraíba: FEAP/FAC SAÚDE ARTH, Graduação, 2019.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC SAÚDE ARTCH, Além Paraíba, 2019.

Profº. da Disciplina. Mestre Douglas Pereira Senra
Orientador: Profª. Esp. Aline Gonçalves Ferreira

I. Senra, Douglas Pereira (Profº. da Disc.). II. Ferreira, Aline (Orient.). III. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Nutrição. IV. O papel da enfermagem como importante aliado do paciente, na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus na ESF..

Dedico esse trabalho, meu grande amor, a minha esposa, que foi minha base nesses cinco anos e aos meus filhos Pedro, Maria Luísa e Isabella, fonte de inspiração para renovação da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me guiou durante estes 5 anos, a minha esposa Solange, aos meus filhos Pedro, Maria, Isabella, a minha mãe, minhas tias, minha prima Aline e a minha irmã Gleice. Agradeço aos meus amigos Bruno Araújo, Roberto Lage e Jean melo. E um agradecimento especial a minha orientadora Aline e a todos os professores que me ajudaram nessa caminhada.

O PAPEL DA ENFERMAGEM COMO IMPORTANTE ALIADO DO PACIENTE, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS NA ESF.

RESUMO

O tema da pesquisa é a atuação da enfermagem na adesão ao tratamento de paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) na estratégia de saúde da família (ESF). A escolha do tema se deu por ter sido diagnosticado aos 40 anos como portador da Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII). O estudo propõe como questão de pesquisa qual a importância da enfermagem na ESF no que se refere ao processo de aceitação e adesão ao tratamento do paciente portador de DM tipo 2? A hipótese mostra que é importante que o enfermeiro conheça e assumir seu papel de incentivador e ainda de mediador entre o paciente e o conhecimento sobre a doença. O estudo tem como objetivo investigar a importância da enfermagem no acompanhamento de pacientes recém-diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) na ESF desde a aceitação do diagnóstico a adesão ao tratamento instituído. Trata-se de uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo no qual foi realizado um levantamento bibliográfico com o objetivo de argumentar a respeito do tema proposto, responder à questão de pesquisa e sustentar a hipótese. A pesquisa foi dividida em dois capítulos o primeiro traz uma abordagem da DMII e a relação do doente com a doença. Já o segundo destaca a Assistência da Enfermagem no Tratamento de doentes diagnosticados com DM tipo 2 na ESF, enfatizando a importância do enfermeiro neste processo. O estudo permitiu analisar uma nova proposta de educação para saúde, baseada no referencial teórico de Paulo Freire, que apresenta uma perspectiva libertadora, com ação centrada no educando, que ao transportar para saúde, fica centrada no paciente.

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes Mellitus, Saúde da Família.

THE ROLE OF NURSING AS AN IMPORTANT PATIENT ALLY IN ADHERING DIABETES MELLITUS TREATMENT IN THE ESF

ABSTRACT

The research theme is nursing performance in adhering to the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus (DMII) in the family health strategy (FHS). The choice of the theme was due to having been diagnosed at age 40 as a carrier of type 2 diabetes mellitus (DMII). The study proposes as a research question what is the importance of nursing in the FHS regarding the process of acceptance and adherence to the treatment of patients with of type 2 DM? The hypothesis shows that it is important for nurses to know and assume their role of encouraging and mediating between the patient and knowledge about the disease. The study aims to investigate the importance of nursing in the follow-up of patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DMII) in the FHS since the acceptance of the diagnosis adherence to the treatment instituted. This is a theoretical research of qualitative character in which a bibliographic survey was carried out in order to argue about the proposed theme, answer the research question and support the hypothesis. The research was divided into two chapters, the first brings an approach to the AMD and the patient's relationship with the disease. The second highlights the Nursing Care in the Treatment of patients diagnosed with type 2 DM in the FHS, emphasizing the importance of nurses in this process. The study allowed us to analyze a new proposal for health education, based on Paulo Freire's theoretical framework, which presents a liberating perspective, with action centered on the student, who when transporting to health, is centered on the patient.

Key-words: Nursing, Diabetes Mellitus, Family Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO----------10

1.1 Justificativa ----------12

1.2 Objetivos ----------12

1.2.1 Objetivo Geral----------12

1.2.2 Objetivos Específicos ----------12

1.3 Metodologia ----------12

2 PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DMII) ---13

2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) ----------13

2.2 Diabetes e suas complicações ----------14

2.3 A importância da aceitação da doença ----------15

2.4 O tratamento ----------17

2.5 Assistência da Enfermagem – Ressignificando o tratamento de ----------28

CONSIDERAÇÕES FINAIS ----------23

REFERÊNCIAS ----------24

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a atuação da enfermagem na adesão ao tratamento de paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A escolha do tema se deu por uma experiência pessoal. Por ter sido diagnosticado aos 40 anos como portador da Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) e ter vivenciado a problemática da dificuldade de aceitar o diagnóstico e aderir ao tratamento decidi como acadêmico de enfermagem levantar uma reflexão por meio deste estudo sobre a importância da atuação do enfermeiro como mediador do processo de aceitação e adesão ao tratamento do paciente portador de DM tipo 2 na ESF.

A Diabetes Mellitus é o nome dado ao grupo de disfunções crônicas que impossibilitam o organismo de processar e aproveitar os alimentos com vistas à fabricação de energia necessária para a vida. Corresponde a mudanças no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Há duas formas de classificação: a diabetes denominadas do tipo 1 (DM1) e a diabetes denominada do tipo 2 (DM2). Associam-se a essas formas os estados de intolerância à glicose, o diabetes gestacional e o diabetes originado por doenças pancreáticas. (MONTES, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que 1 em cada 11 pessoas no mundo tem diabetes. O relatório apresentado pela organização revela que em 2014 havia 422 milhões de diabéticos, um salto comparado com o número de doentes em 1980 que era de 108 milhões. (OMS, 2016).

A estimativa segundo a Internacional Diabetes Federation (IDF) é que em 2030 haja um aumento de 123% dos casos, atingindo 522 milhões de pessoas. Já o Brasil é o quarto país com maior número de diabéticos do mundo, segundo a Federação. (DIABETES ATLAS DE LA FID, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional. (SBD,2019)

E esse número está crescendo, segundo o endocrinologista Balduíno Tschiedel, presidente regional da América do Sul e Central da IDF. Para ele a epidemia da doença afeta o Brasil há 20 anos, e cresce acompanhando o crescimento da obesidade no país, que atinge 18,9% da população, um índice de 80-90% dos pacientes obesos são diabéticos tipo 2. (DIABETES ATLAS DE LA FID, 2017)

O gasto com a doença chega próximo aos R$ 100 bilhões por ano, segundo a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2006 e 2016, os casos de diabetes cresceram 61% no Brasil e o custo com a doença deve triplicar até 2030, chegando a R$ 320 bilhões. (BRASIL, 2013)

Pesquisa feita pela Internacional Diabetes Federation (IDF), revelou que mais de 50% dos pacientes do diabetes tipo 2 abandonam o tratamento nos primeiros seis meses após o diagnóstico. (DIABETES ATLAS DE LA FID, 2017).

Diante do exposto, o presente estudo propõe como questão de pesquisa investigar a importância da enfermagem na ESF no que se refere ao processo de aceitação e adesão ao tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII).

Que tipo de relações afetivas deverá ser estabelecidas entre o profissional de enfermagem e o paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII)?

Qual deve ser a abordagem realizada do enfermeiro frente a resistência e não aceitação ao tratamento?

A pesquisa sustenta como hipótese que é de extrema importância a atuação do enfermeiro frente ao recente diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII), atuando com modelos educacionais que visem o empoderamento do paciente, fortalecendo-o para que modifiquem hábitos promotores da doença, resultando numa maior adesão ao tratamento, evitando abandonos seguidos de complicações. O enfermeiro enquanto agente formador e facilitador durante o tratamento de pacientes diabéticos, na Estratégia da Saúde e da Família, aplica princípios teórico-filosóficos da educação problematizadora enquanto estratégia de intervenção.

Portanto a interação existente entre o enfermeiro e paciente é um componente importante para o sucesso do tratamento, sendo a adesão, o resultado de uma convivência positiva entre estes dois sujeitos. O estudo permitiu analisar uma nova proposta de educação para a saúde, baseada no referencial teórico de Paulo Freire, que apresenta uma perspectiva libertadora, com a ação centrada no educando, que ao transportar para a saúde, fica centrada no paciente.

1.1 Justificativa

Partindo do pressuposto que o Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) é uma doença crônica, cuja evolução silenciosa dificulta o diagnóstico precoce e com grande dificuldade de adesão com um índice de 50% de abando do tratamento segundo pesquisa da Internacional Diabetes Federation (IDF), os profissionais de saúde encontram em um grande desafio, pois cabe a eles, encontrar soluções para essas questões. (BARBOSA E LIMA apud MONTES, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira, intervindo nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2006).

Não se restringindo apenas em atuações dentro do posto, a Estratégia se define com orientação, visitas domiciliares, orientação aos agentes de saúdes para um efetivo acompanhamento do manuseio de remédios, da disponibilidade dos mesmos pelo Serviço Único de Saúde (SUS) e farmácia populares.

É importante que o enfermeiro reconheça e assume seu papel de incentivador e ainda de mediador entre o paciente e o conhecimento sobre a doença. Ciente desse seu papel, o enfermeiro deve procurar criar condições afetivas favoráveis à aquisição, pelos pacientes, de conhecimentos que o ajudarão a retomar a sua vida normalmente apesar da doença, considerando os saberes que cada paciente traz consigo. O enfermeiro se torna um facilitador dentro desse processo de aprendizagem e reposicionamento do paciente diante sua própria vida.

1.2 - Objetivos

1.2.1- Objetivo Geral

Investigar a importância da enfermagem no acompanhamento de pacientes recém-diagnosticados com o Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII).

1.2.2 - Objetivos específicos:

Realizar um levantamento bibliográfico sobre a relação da enfermagem no acompanhamento de pacientes recém-diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII).

Destacar a atuação da enfermagem como um facilitador e incentivador na relação entre doente e doença.

1.3 – Metodologia

Trata-se de uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo no qual foi realizado um levantamento bibliográfico em livros, revistas cientificas, artigos, sites da internet, em autores clássicos e contemporâneos, com o objetivo de argumentar a respeito do tema proposto, responder à questão de pesquisa e sustentar a hipótese.

A pesquisa foi dividida em dois capítulos. O primeiro capítulo traz uma abordagem da Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) e a relação do doente com a doença.

No segundo capítulo destaca a atuação da Assistência da Enfermagem – Ressignificando o Tratamento de doentes diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII).

2. PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DMII)

2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII)

O seguinte capítulo irá abordar a relação do paciente com a doença. Trazendo um referencial sobre a Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII). Diferentemente do tipo 1, o problema não começa com um ataque das próprias células de defesa ao pâncreas, a fábrica de insulina. O tipo 2 começa com a resistência à insulina, o hormônio que ajuda a colocar a glicose (nutriente vindo dos alimentos) para dentro das células. Em outras palavras, esse hormônio é produzido, mas não consegue atuar direito. Para compensar a situação, o pâncreas acelera a produção de insulina.

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) é caracterizado pelo excesso crônico de açúcar no sangue, o que desencadeia uma série de complicações, de infarto a perda de visão. Mas, nesse cenário, a causa da glicemia alta decorre de um fenômeno conhecido como resistência à insulina. E os sintomas só aparecem anos depois da instalação da doença. Com o tempo, o órgão fica exausto e as células começam a falhar. Até que, um dia, não dá conta mais da sobrecarga – é aí que o açúcar no sangue dispara e fica permanentemente alto. A longo prazo, a glicemia elevada pode causar sérios danos ao organismo. Entre as complicações, destacam-se lesões e placas nos vasos sanguíneos, que comprometem a oxigenação dos órgãos e catapultam o risco de infartos e de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). (Saúde, 2019).

O diagnóstico de diabetes, chega em muitos casos, acompanhado de um impacto emocional que acaba por se manifestar sob forma de negação da doença, o que leva a uma não compreensão das informações, resultando na não aceitação das orientações passadas pelo profissional de saúde. (FISHER et al, 2007 apud CASTRO 2012).

É preciso “reconhecer que o paciente é mais do que aparelho ou sistema biológico com lesões e disfunções a serem silenciadas com dispositivos e técnicas disponíveis”. (Mattos, 2001 apud CASTRO 2012).

Um estudo descritivo em 2006, realizaram com pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), onde descreveram o processo de educação, enquanto estratégia de intervenção de enfermagem junto a pessoas com diabetes, aproximando do referencial teórico de Paulo Freire.(MAB; AYK; MM, 2006).

A pesquisa teve início tomando como ponto de partida a observação da realidade por meio dos relatos e vivencias dos portadores de DM, assim como suas expectativas e necessidades relacionadas ao ser diabético. O primeiro questionamento colocado pelos pesquisadores foi: Para você o que é ser diabético? Os relatos dos pacientes traduziram, segundo os pesquisadores, de forma particular, os sentimentos relacionados a doença, permitindo classificá-los em duas categorias: as privações alimentares e o ocultamento da doença. A pesquisa traz falas como: “Não é bom, não pode comer de tudo” e “É muito difícil, doce em casa nunca mais.” (MAB; AYK; MM, 2006).

A partir de relatos como esses os pesquisadores puderam perceber que o sentimento que emergiu dos portadores de DM, aponta para o sofrimento desencadeado pelas restrições e proibições alimentares. A segunda categoria extraída das falas foi o Ocultamento da doença. “Muita gente esconde a doença.”

Essa fala segundo os pesquisadores revela a discriminação sofrida pelo portador da DM, sendo visto apenas como doentes o que não é aceito pelo portador e seus familiares. (MAB; AYK; MM, 2006).

Mesmo sendo uma doença mundial, o DM, ainda é um estigma para muitas pessoas, o que leva a manifestação de “ocultamento da doença numa tentativa de se evitar sanções econômicas, psicológicas e sociais a eles impostas” (DM apud MAB; AYK; MM, 2006).

2.2 Diabetes e suas complicações.

"Os fatores relacionados ao seu incremento no quadro epidemiológico mundial são de várias dimensões e tornam sua abordagem bastante complexa." (MONTES, 2016)

O padrão de vida social a que somos expostos, com o dia-a-dia corrido, refeições realizadas sem qualquer preocupação nutricional, o avanço dos fastfoods, resultando no aumento da obesidade são aspectos de nossa vida social que estão relacionados ao aumento da incidência do diabetes no mundo.

"Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas". (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017)

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), a diabetes é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. O pâncreas é um órgão produtor de alguns hormônios importantes para nosso sistema digestivo. Em condições rotineiras, quando o nível de glicose no sangue sobe, células especiais, chamadas células beta, produzem insulina. Assim, de acordo com as necessidades do organismo no momento, é possível determinar se essa glicose vai ser utilizada como combustível para as atividades do corpo ou será armazenada como reserva, em forma de gordura. Isso faz com que o nível de glicose (ou taxa de glicemia) no sangue volte ao normal.

Em algumas pessoas, o sistema imunológico ataca equivocadamente as células betas. Logo, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o corpo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser usada como energia. Esse é o processo que caracteriza o Tipo 1 de diabetes, que atinge entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença. O Tipo 1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos também. Essa variedade é sempre tratada com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue. (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

> O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Geralmente, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. O desenvolvimento e a perpetuação da hiperglicemia ocorrem concomitantemente com hiperglucagonemia, resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumento da produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento da reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula pancreática. (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

O diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) é realizado através dos sintomas narrados pelo paciente, juntamente com o resultado do exame clínico que apresenta glicose plasmática maior que 200mg/dl. Colhida aleatoriamente, em qualquer momento do dia sem jejum prévio. Um segundo critério, é o exame laboratorial com sangue colhido em jejum, onde a glicemia for superior a 126mg/dl. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004 apud MONTES, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2000), quando os valores de glicose plasmática, no jejum, são maiores ou iguais a 110mg/dl, a glicemia é considerada alterada. O terceiro critério para diagnóstico de diabetes é realizado através de outro teste sanguíneo, que revela o grau de tolerância à glicose. Nesse teste o indivíduo recebe 75g de glicose anidra dissolvida em água e é colhida uma amostra no soro ou plasma, nos tempos de 0,5; 1; 1,5; e duas horas após a ingestão da glicose. "O indivíduo é considerado diabético quando sua glicose plasmática duas horas após a ingestão da glicose for igual ou maior que 200ml/dl" (GUYTON e HALL, 2006, AMÉRICA DIABETES ASSOCITION, 2004 apud MONTES 2016).

Olhando para o Diabetes como uma questão de saúde pública, destacamos o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas como o DM, uma questão que precisa ser resolvida urgentemente em todo o mundo. A DM provoca consequências devastadoras para as condições humanas, sociais e econômicas, "sendo a doença responsável direta e indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total" (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008 apud MONTES 2016).

Comparando os adultos com DM com os não diabéticos, os DM têm risco maior, duas a quatro vezes, de desenvolver doença cardiovascular, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006 apud MONTES 2016).

Outras complicações atribuídas ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) são ser a causa mais comum de amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira, irreversível e doença renal crônica (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008 apud MONTES 2016).

A Sociedade Brasileira de Diabetes alerta para outras complicações resultantes do DM como problemas renais, uma vez que os rins são uma espécie de filtro, compostos por milhões de vasinhos sanguíneos (capilares) cuja a função é remover os resíduos do sangue, o diabetes pode trazer danos aos rins, afetando sua capacidade de filtragem. A Cetoacidose diabética que ocorre principalmente no diabetes tipo 1, mas pode também ocorrer no tipo 2. Suas principais causas são: omissão do tratamento com insulina ou remédios; mau funcionamento da Bomba de Insulina; Doenças agudas: infecções (urinária, pulmonar, gripe), infarto do miocárdio, hemorragia digestiva, entre outras; Distúrbios endócrinos: feocromocitoma, hipertireoidismo, acromegalia. (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) é considerado uma doença onerosa em virtude de algumas de suas características, tais como sua natureza crônica, a gravidade de suas complicações e as peculiaridades de seu tratamento. Dessa forma a doença se torna onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Estima-se que os custos dos cuidados de saúde para um indivíduo com diabetes mellitus, é duas a três vezes superiores aos gastos com os indivíduos sem a doença. No enteando esses custos não se resumem apenas como um problema econômico, pois há de se considerar também os custos intangíveis, como dor, ansiedade e perda de qualidade de vida que também exercem grande impacto na vida das pessoas portadoras de diabetes mellitus e de suas famílias e são difíceis de serem quantificados.

2.3 – A importância da aceitação da doença.

O primeiro passo para um eficiente tratamento é a aceitação do paciente de sua condição de portador do Diabetes Mellitus.

> "O conceito de" 'aceitação da doença' compõe o processo de adaptação psicológica, pela potencialidade de tornar a pessoa mais ativa no cuidado com a doença e favorecer o enfrentamento das limitações por ela impostas, de forma otimista e com sentimentos positivos. (Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Apud BERTOLIN 2015).

Quando se trata de uma doença crônica não transmissível, o processo de adaptação consiste no ajustamento psicológico, social e fisiológico no decorrer da doença, resultante da interação entre as demandas da doença e do tratamento, e na habilidade individual para responder a essas demandas. O diagnóstico da doença traz muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Assim, conviver com o diabetes trará a quebra da harmonia orgânica e acaba por atingir a vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações. O paciente vai precisar alterar seus hábitos de vida que já estão consolidados, assumindo uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar assim como incremento de atividade física, além do uso permanente e contínuo de medicamentos. Todas essas mudanças levam ao paciente a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. Toda essa mudança não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro. (Péres et al 2007)

Toda essa mudança de hábitos de vida é um processo lento e difícil. A maior dificuldade está ligada à alimentação.

> "Os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares. Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos."
> (Péres et al 2007).

Para o endogrinologista, Drº Rodrigo Nunes Lamounier, a vida com diabetes apresenta ameaças e riscos e a revolta muitas vezes surge como uma autodefesa. Quando alguém se sente ameaçado, amedrontado ou frustrado, ódio e angústia são reações normais. O especialista alerta que o processo de convívio com a doença ocorre ao longo do tempo e esse processo tem que ser respeitado.

Para Seidman e Swift citados em BURD (2007), após o diagnóstico do diabetes, há um período de choque, manifesto ou não, que corresponderia a uma reação de luto, em que o paciente e a família devem ser convidados a expor seus sentimentos a equipe que a está atendendo. Em seguida, haveria um período refratário em que a família não tem condições de absorver informações sobre a doença porque se ocupa apenas com o que está sentindo. (SEIDMAN E SWIFT, 1971 apud BURD, 2007).

Uma pesquisa realizada com 54 pacientes DM revelou que as maiorias dos pacientes passaram a aceitar a doença após participarem de um programa de Educação em Diabetes. (OTERO, ZANETTI, OGRIZIO, 2008).

Na década de 90 dois grandes estudos realizados com pacientes DM revelaram a necessidade de acompanhamento e de apoio do paciente por uma equipe de multiprofissional de saúde. Esses estudos revelaram que "quando acompanhados de forma sistemática por equipe multiprofissional de saúde preveniram e/ou protelaram as complicações crônicas durante a evolução do Diabetes Mellitus. (ENGL, MED 1993; LANCET 1998 apud OTERO, ZANETTI, OGRIZIO, 2008).

2.3 – Tratamento.

O tratamento segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes visa manter o paciente com sua glicemia em níveis considerados normais, com sua glicose plasmática em jejum mantida em 110mg/dl e duas horas pós-prandial devendo estar em 140mg/dl. Além da atenção com a glicose plasmática, o tratamento também dispõe uma atenção com os níveis do colesterol, total, HDL, LDL que devem ser mantidos dentro dos níveis normais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABEDES apud MONTES, 2016)

Outro objetivo do tratamento é manter os valores pressóricos dentro dos valores adequados e não apresente sobrepeso e menos ainda obesidade, mantendo seu IMC entre 20 e 25 kg/m2. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABEDES apud MONTES, 2016).

Segundo Funasa citado por Montes, o tratamento do diabetes tipo 1, consiste basicamente na administração da insulina. Já o tipo 2, vale ressaltar que 8% dos pacientes no Brasil utilizam insulina, número que sobe para 25% em outros países. Com relação ao uso dos hipoglicemiantes orais, observamos que 40% dos pacientes utilizam o medicamento, e que poderiam ter seu controle metabólico equilibrado apenas através da dieta. (FUNASA 2002 apud MONTES, 2016).

"Sendo assim, firma-se o papel da educação nutricional neste grupo de pacientes, expressivamente superior ao do tipo 1". (FUNASA, 2002 apud MONTES 2016).

As modificações no estilo de vida, buscando uma alimentação mais balanceada é fundamental no tratamento da doença. Os carboidratos são os nutrientes que mais afetam a glicemia. De forma geral, todo o carboidrato ingerido é convertido em glicose dentro de 15 minutos a duas horas após a ingestão. A recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes é de que os carboidratos correspondam a 45-60% do valor calórico total da dieta ou pelo menos 130 g/dia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento do diabetes exige o cumprimento de regras complexas que em muitos casos são difíceis de serem seguidas. Porém a literatura revela que subsidiar o paciente com informações e conhecimentos substanciais sobre a doença e todos os aspectos que a envolvem, a possibilidade de aderir ao tratamento aumenta. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2006 apud MONTES 2016).

Uma vez instalada a doença, muitas vezes estão indicadas terapias que envolvem procedimentos de alta tecnologia e elevado custo. Com frequência, múltiplas internações, geralmente de duração prolongada, se fazem necessárias para o tratamento das complicações crônicas da doença, tanto micro quanto macrovasculares. Sabe-se, por exemplo, que o volume de recursos destinados a indivíduos diabéticos guarda relação diretamente proporcional ao tempo de evolução, aos níveis de hemoglobina glicada e à presença de complicações macro e microvasculares (GILMER, 2005 apud CASTRO e COSTA2012). Em 2011, cerca de 11% dos gastos com a saúde da população adulta mundial foram destinados aos cuidados com o diabetes mellitus, suas complicações e reabilitação de seqüelas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2011apud CASTRO e COSTA 2012).

Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o diabetes mellitus figura entre a quarta e a oitava posição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003 apud CASTRO e COSTA 2012). Além da mortalidade cardiovascular, das hospitalizações e do absenteísmo, as deficiências físicas decorrentes das complicações do diabetes mellitus muitas vezes impedem o indivíduo de exercer suas atividades laborativas, em caráter definitivo, o que pode ser estimado pelo indicador conhecido como anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY apud CASTRO e COSTA 2012).

3 Assistência da Enfermagem – Ressignificando o Tratamento de doentes diagnosticado com Diabetes Mellitus.

O presente capítulo aborda a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando a atuação dos profissionais de saúde junto aos doentes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII). Numa abordagem centrada no paciente, o profissional da saúde ver ter uma escuda sensível, para que possa ouvir atentamente as questões trazidas pelo paciente.

> "O professor autoritário, o professor licencioso, o professor competente, sério, o professor incompetente, irresponsável, o professor amoroso da vida e das gentes, o professor mal-amado, sempre com raiva do mundo e das pessoas, frio, burocrático, racionalista, nenhum deles passa pelos alunos sem deixar sua marca." (FREIRE, 1996, p.73).

A implementação de um atendimento eficaz a portadores de doenças crônicas constitui um grande desafio, necessitando de profissionais preparados e abertos a romperem com o modelo tradicional.

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) tem como característica várias ações realizadas no âmbito individual ou coletivo, que envolvem a promoção, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a proteção, prevenção de agravos e a manutenção da saúde. Desenvolvida através de ações democráticas e participativas em trabalho de equipe. (BRASIL, 2006).

A APS é a entrada do indivíduo no sistema de saúde. É nessa abordagem que se define o trabalho que acompanhará o paciente e sua família em todos os demais níveis do sistema de saúde.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que faz parte da APS é priorizada pelo Ministério da Saúde para organizara Atenção Básica e tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integrada e contínua, levando-as para mais perto da família e com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional. "Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade." (BRASIL, 2006).

A ESF vem sendo considerada um novo modelo organizacional e assistencial, em substituição ao modelo biomédico e hegemônico. (MONTES, 2016)

"A ESF constitui-se de novos saberes e práticas de saúde, assim como a regulação e normatização dos processos de trabalho, capazes de contribuir para a resolutividades e a integridade das intervenções sanitárias no SUS". (FAVORETTO; CAMARGO Jr, 2002 apud MONTES, 2016).

A atuação dos profissionais está baseada no saber científico aliado a valorização e ao cuidado humanizado do paciente, não tendo como foco principal a doença e sim a saúde, o próprio paciente e sua família; considerando o contexto social e histórico onde ele está inserido. Essa nova visão de saúde vem acompanhando as mudanças e revoluções pelas quais a área da saúde vem passando no Brasil, considerando aqui o modelo biomédico e hegemônico, o modelo biopsicossocial e por fim, o modelo de resultados que não está centralizado na identificação dos mecanismos causadores, mas nos determinantes dos

resultados da intervenção, a prática baseada nas evidências. (RIBEIRO, 2007 apud MONTES 2016).

Em 2001 como resposta a precariedade do vínculo, estabelecido entre os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII)e as unidades de saúde da atenção básica a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde e as Secretarias de saúde dos estados e municípios lançaram o Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII). Constituíram-se como diretrizes o aperfeiçoamento do sistema de programação, a intensificação e articulação de iniciativas existentes no campo da promoção da saúde, aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores; e a definição de um elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde. (BRASIL, 2001 apud MONTES 2016).

Um fator que revela a importância da atuação dos profissionais de saúde no tratamento do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) é o alto número de pacientes que não seguem o tratamento proposto chegando mesmo a interromperem o tratamento. As taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90% (GONDER-FREDERICK et al 1998 apud MONTES 2016).

> "Estudo sobre autocuidado no diabetes revelou que as dificuldades na adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se comunicam com os doentes, e que características pessoais deles devem ser levadas em conta. Isto difere da maneira tradicional de comunicação, baseada numa relação desigual, na qual o médico assume a condição de detentor do conhecimento e o transmite ao paciente que acaba se sentindo incapaz de opinar no seu procedimento de cura e obrigado a obedecer a orientações mesmo sem ter condições de realizá-las. O mesmo estudo mostra opções para uma maior participação do doente no seu tratamento, que seria a potência da ação coletiva', que depende da interação de um grupo cujo objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a patologia e seu tratamento" CYRINO, 2009 apud MONTES, 2016).

A mudança no estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, tabagismo, alimentação, displidemias, obesidade e pressão arterial é à base do tratamento e controle das doenças cardiovasculares. Principalmente em relação à dieta, muitos estudos têm apontado sua associação com o controle de fatores de risco para as doenças arteriais coronarianas. (DANSINGER et al., 2005 apud MONTES, 2016).

Com base em todos esses apontamentos, os processos educativos são considerados como fator chave nas intervenções preventivas no âmbito coletivo, particularmente aqueles que têm evoluído de uma relação emissor-receptor para uma comunicação em que o profissional de saúde compartilha seus conhecimentos e o receptor passa de uma atitude passiva para outra ativa e responsável. (ARAUZ et al, 2001 apud MONTES, 2016).

A educação em saúde se amplia quando vinculada a proposta de promoção de saúde, onde o conhecimento cientificamente produzido é intermediado pelos profissionais da área da saúde, atingindo a vida das pessoas resultando na transformação dos hábitos resultando em novas condutas de saúde. Deve-se considerar aqui não a educação bancária e autoritária, mas a educação baseada no diálogo e na autonomia da decisão das pessoas envolvidas no processo. Nessa perspectiva ressaltamos a educação libertadora do educador brasileiro Paulo Freire.

Os pressupostos pedagógicos de Paulo Freire compreendem a educação como uma atividade mediadora entre indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática. Para o educador Paulo Freire o indivíduo é um sujeito histórico detentor de saberes que devem ser considerados no processo da educação, cuja base é o diálogo. É nesse processo que o

educando e educador se tornam agentes ativos, participantes da transformação social, possibilitando a ambos desenvolverem a capacidade de observar a realidade, refletir sobre ela e buscar meio para transformá-la. É a educação transformadora. (FREIRE, 2003).

> "A educação baseada no diálogo, resulta na educação autêntica e repleta de significados. É uma educação que se origina nos anseios, dúvidas, esperanças, da visão de mundo do educador e do educando.
> "Considerando o diálogo como uma estratégia de enfrentamento apontada contra a ideologia opressora, podemos dizer que por meio dele os profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro, podem construir um processo de ensino-aprendizagem significativo, crítico e emancipador." (REGO, NAKATANI, BACHION, 2006).

É fundamental ao educador que atua na área da saúde e trabalha na perspectiva problematizadora mostrar-se atento aos temas que emergem dos sujeitos, respeitando as crenças, sentimentos, cultura e conhecimentos, intervindo quando necessário, a fim de colaborar para apreensão de novos conhecimentos e ressignificação dos já existentes. (REGO, NAKATANI, BACHION, 2006).

O sentido etimológico de emancipação é um movimento que torna o indivíduo independente, libertos e livres. Essa liberdade não só se manifesta no sentido de assumir a própria vida, em seu contexto social, como também abre espaço para diálogos o que fomenta perguntas alusivas sobre o assunto. "A proposta pedagógica mais eficaz é aquela que em lugar de ensinar respostas, ensina-se a perguntar". (BORDENAVE, 2002 apud REGO, NAKATANI, BACHION, 2006).

Na maioria dos tratamentos das enfermidades, o paciente não precisa entender a sua doença para que realize o tratamento de forma adequada. Porém com relação ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) por se tratar de uma doença que exige um equilíbrio entre as diversas atividades diárias, o tratamento passa a ser uma atividade a ser realizada 24 horas por dia e inclui, com frequência, importantes mudanças no estilo de vida. Isso significa que o sucesso de seu tratamento está relacionado o quanto um paciente diabético sabe sobre sua doença, e o quanto entende como fazer as modificações necessárias na sua rotina de vida. Todavia, este tipo de estratégia exige coragem, determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos (KEERS et al., 2005; ZWAR, 2007. HARRIS; 2008 apud CASTRO e COSTA 2012).

> "Todo programa de atendimento e educação ao paciente diabético deve ter como objetivo criar um ambiente no qual possam ser oferecidas experiências que poderão influenciar favoravelmente a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias à convivência com o diabetes. Diversos estudos têm mostrado que os resultados obtidos através da implantação de programas de educação em diabetes com estímulo ao autocuidado e as modificações no estilo de vida são positivos ultrapassando os custos relacionados a esse tipo de intervenção" (KEERS et al., 2005; BOREN, PANHALKAR e SPECKER, 2009apud CASTRO e COSTA 2012).

Numa abordagem centrada no paciente, o profissional da saúde precisa ter uma escuda sensível, para que possa ouvir atentamente as questões trazidas pelo paciente. A partir dessa escuta, o profissional deve avaliar o grau de conhecimento prévio que o paciente tem sobre a doença, sua história psicossocial e suas atitudes em relação à doença para depois traçar o programa de educação, que sempre deverá ser flexibilizado e adaptado ao grupo e a cada paciente, em particular. "Além dos pontos em comum, cada área poderá traçar quais são os pontos fundamentais a serem abordados para aprofundar outro tema que seja necessário para

cada grupo ou cada paciente, especificamente" (HARRIS, 2008 apud CASTRO e COSTA 2012).

Durante o atendimento é necessário que se leve em conta o estágio da doença em que se encontra o paciente. Uma vez que no caso de diabetes recém-diagnosticado, muitas vezes o paciente está tão impactado com o diagnóstico que será incapaz de absorver toda a informação necessária. Dessa forma se faz necessário priorizar as informações principais e indispensáveis para o início do tratamento, e num segundo momento será instituídas as outras medidas necessárias à condução de cada caso. À medida que é vencida essa primeira fase, deve-se progredir com o processo de educação, aprofundando os diversos temas de cada área. (CASTRO e COSTA 2012).

> "Outra forma de ajudar os pacientes com essa doença crônica, é através do trabalho em grupo proposto por Graça e colaboradores, que passa por integrar o doente em um "grupo de iguais". O objetivo dessa formação de grupos, é trabalhar a melhora e não a cura, pois é preciso ter em conta que a diabetes é uma doença crônica, até o momento incurável. Falar sobre a doença oferece a possibilidade de trabalhar as fantasias dela, trocar experiências, partilhar sentimentos e dúvidas e, consequentemente, aprender a conviver melhor com a enfermidade". (GRAÇA & COLS, 2000 apud MARCELINO & CARVALHO, 2005).

Há segundo, Castro e Costa (2012), duas formas de implantar os programas de educação em diabetes: semelhante a uma sala de aula ou através de abordagens individualizadas. O número de participantes do grupo pode variar, e podem ser utilizadas diversas técnicas como palestras e grupos de discussão. A forma como vai ser desenvolvido os trabalhos vai variar de acordo com as condições do órgão da saúde, sendo desenvolvido de acordo com a disponibilidade dos profissionais e as necessidades do paciente, podendo ser necessária uma abordagem de cada indivíduo, em separado, cabendo ao profissional de saúde traçar as estratégias para cada situação. "Estudos mostram que ambas as formas de abordagem, seja individual, seja em grupo, são efetivas na aquisição de conhecimentos e habilidades por parte dos pacientes" (RICKHEIM et al., 2002; OSBORN e FISHER, 2008 apud CASTRO E COSTA, 2012).

Além das instruções formais, as atividades em grupo que possibilitem a interação entre os pacientes, sob a supervisão da equipe interdisciplinar, devem ser valorizadas, pois contribuem para a troca de experiências. Outro ponto a ser destacado se refere a continuidade desse processo, que deve ter início com as instruções e a educação em diabetes por ocasião do diagnóstico e, a partir daí, periodicamente, a intervalos regulares, lembrando que esse é um processo a ser desenvolvido durante toda a vida (KEERS et al., 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 apud CASTRO E COSTA, 2012).

O texto que abre esse capítulo, de autoria de Paulo Freire traz uma reflexão sobre o papel do professor, se trocarmos a palavra "professor" para profissional da saúde, enfermeiro ou médico teremos o mesmo sentido do texto só que na área da saúde. O profissional da saúde deve se valer de alguns princípios educacionais básicos que devem ser aplicados buscando sempre a participação ativa do paciente e seu envolvimento em todas as etapas, inclusive nas decisões sobre o programa de treinamento e educação sobre a doença. O conteúdo das informações deve ser personalizado e passados de forma didática, buscando sempre que necessário a realização de atividades práticas, principalmente no que diz respeito às habilidades necessárias ao tratamento, tais como aplicação de insulina e exame dos pés. Além disso, é preciso zelar pela qualidade da informação que deve ser a mais completa e acessível possível sem perder sua aplicabilidade prática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; OSBORN e

FISHER, 2008 apud CASTRO E COSTA, 2012). A repetição e o necessário reforço sobre temas importantes devem fazer parte do programa com a inclusão de textos escritos sobre os diversos assuntos, lembrando sempre que para o grau de compreensão deve ser levado em conta tanto o nível intelectual quanto o nível educacional da população a ser atendida.

"Mais importante que a quantidade de portas de entrada em um serviço de saúde deve ser sua qualidade. A forma como o usuário é recebido terá implicações diretas no rumo de seu tratamento". (CASTRO E COSTA, 2012).

A saúde pública brasileira conta com muitas portas de entrada e atingimos o que ele chama de "patamar crítico de atendimentos". Com isso, o problema do acesso não depende mais do aumento do número de portas, mas da sua qualidade, ou seja, do modelo de atenção operante nos serviços de saúde. (TEIXEIRA, 2003 apud CASTRO E COSTA, 2012).

CONSIDERAÇÔES FINAIS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que 1 em cada 11 pessoas no mundo tem diabetes. A estimativa segundo a Internacional Diabetes Federation (IDF) é que em 2030 haja um aumento de 123% dos casos, atingindo 522 milhões de pessoas. Já o Brasil é o quarto país com maior número de diabéticos do mundo, segundo a Federação.

O gasto com a doença chega próximo aos R$ 100 bilhões por ano, segundo a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Pesquisa feita pela Internacional Diabetes Federation (IDF), revelou que mais de 50% dos pacientes do Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) abandonam o tratamento nos primeiros seis meses após o diagnóstico.

Para o adequado tratamento do diabetes mellitus, a aquisição de conhecimentos é o primeiro, mas não o principal, passo. Estes devem ser promovidos por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas, ambas devendo ser mantidas em longo prazo e apresentando boa relação custo-benefício. O trabalho da equipe interdisciplinar contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e propiciando a adoção de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto.

Diante da pesquisa bibliográfica desenvolvida concluiu-se que a interação existente entre o enfermeiro e paciente é um componente importante para o sucesso do tratamento, sendo a adesão, o resultado de uma convivência positiva entre estes dois sujeitos. O estudo permitiu analisar uma nova proposta de educação para a saúde, baseada no referencial teórico de Paulo Freire, que apresenta uma perspectiva libertadora, com a ação centrada no educando, que ao transportar para a saúde, fica centrada no paciente.

REFERÊNCIAS

BERTOLIN DC, PACE AM, CESARINO CB, RIBEIRO RC, Ribeiro RM. **Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2**. Acta Paul Enferm. 2015; 28(5):440-6

BRASIL. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, n. 16 Série A**. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Brasília, 2006;·.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção básica, Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BURD, M. – **A Criança e o Diabetes: Uma Visão Psicossomática**. Rio de Janeiro. Wakeditora, 2007.

CASTRO, Antônio; COSTA, Mônica. **Diabetes Mellitus: A abordagemInterdisciplinar. A educação em saúde como Tratamento**. Editora UFJF. Juiz de Fora, 2012.

DIABETES ATLAS DE LA FID, 2017. **https://diabetesatlas.org/** Acessado em 19/09/2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;2003.

IDF – Internacional Diabetes Federation. **Diabetes Allas De La Fed. Octava Edicion**. 2017.

MAB, R; AYK, N; MM, B. **Educação para saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes**. Ver. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 mar,27.p.60-70.

MARCELINO, D. & CARVALHO, M. – **Reflexões sobre o Diabetes Tipo I e a sua Relação com o Emocional**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.18(1), p. 72-77. 2005.

MONTES, Jean. **Diabetes Mellitus: Projeto de Intervenção para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento**. UFMG. Campos Gerais. MG 2016.

Ministério da Saúde. **www.Saúde.gov.br/saúde-de-a-z/diabetes.** Acessado em 14/09/2019.

OMS, 2016. **www.who.int/diabetes/es**. Acessado em 14/09/2019.

OTERO, Liudmila; ZANETTI, Maria; OGRIZIO,Michelle. **Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes**. Universidade de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, 2008. vol. 16, núm. 2, abril,.

PÉRES, Denise. SANTOS, Manoel; ZANTELLINI Maria; FERRONATO, Antônio. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2007.

PIZZANI, Luciana; SILVA, Rosemary; BELLO, Suzelei; HAYASHI, Maria. **A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento**. Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf., Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012.

REGO, Mab; NAKATANI, Adélia; BACHION, Maria. **Educação para Saúde como estratégia de Intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes**. Ver. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, 2006.

ROCHA, D. **Problemas do Paciente diabético**. Revista Brasileira de medicina, Rio de Janeiro, 1988. Jun,45 (6):35-9.

Sociedade Brasileira de Análises clínicas. Situação do diabetes no brasil. www.sbac.org.br/blog/2018/. Acessado em 14/09/2019.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento Oficial SBD no 01/2019 www.diabetes.org.br. Acessado em 10/09/2019.