

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa

Limits and strategies of health professionals on adherence to treatment of diabetes: integrative review

Límites y estrategias para profesionales de la salud sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes: revisión integrativa

Majoi Dias do Prado ¹, Daniela Arruda Soares ²

ABSTRACT

Objective: To know the limits and strategies of health professionals in the process of adherence to treatment of people with diabetes. **Method:** Integrative review with time frame of 10 years. Follow six simple steps for selecting and analyzing the data, we found 388 articles, only 15 met the inclusion criteria. **Results:** For the limits of health professionals regarding the process of adherence to diabetes revealed three themes: organizational factors, individual factors and occupational factors, the strategies used by them were grouped into individual proposals, inter and customer relations. **Conclusion:** The professionals seem to understand the magnitude of the elements limiting their practice and engender efforts to overcome it. It was evident the importance of understanding the issues that relate to the accession process and the lack of studies that focus on these aspects in the professional perspective. **Descriptors:** Diabetes mellitus, Health personnel, Patient compliance.

RESUMO

Objetivo: conhecer os limites e estratégias de profissionais de saúde no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes. **Método:** Revisão integrativa, com recorte temporal de 10 anos. Seguiu-se seis etapas pré-definidas para seleção e análise dos dados, encontrou-se 388 artigos, apenas 15 atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Para os limites de profissionais de saúde frente ao processo de adesão ao diabetes emergiram três núcleos temáticos: fatores organizacionais, fatores profissionais e fatores individuais; as estratégias utilizadas por eles foram agrupadas em propostas individuais, interprofissionais e na relação com o cliente. **Conclusão:** Os profissionais parecem entender a amplitude dos elementos limitantes da sua prática e engendram esforços para sua superação. Ficou evidente a importância de entender as questões que se relacionam com o processo de adesão, bem como a carência de estudos que enfoquem tais aspectos sob a perspectiva profissional. **Descritores:** Diabetes mellitus, Profissional de saúde, Adesão do paciente.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los límites y las estrategias de los profesionales de la salud en el proceso de adherencia al tratamiento de diabetes. **Método:** revisión integrativa con el marco de tiempo de 10 años. Siga los seis pasos para la selección y el análisis de los datos, encontramos 388 artículos, sólo 15 cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** En los límites de profesionales de la salud sobre el proceso de adhesión a la diabetes reveló tres temas: factores organizacionales, los factores individuales y los factores ocupacionales, las estrategias utilizadas por ellos se agruparon en distintas propuestas, las relaciones inter y cliente. **Conclusión:** Los profesionales parecen entender la magnitud de los elementos que limitan su práctica y los esfuerzos para superarla. Era evidente la importancia de comprender el proceso de adhesión y la falta de estudios en el área. **Descritores:** Diabetes mellitus, Personal de salud, Cooperación del paciente.

1 Enfermeira. Especialista . E-mail: majoi_dias@hotmail.com 2 Enfermeira. Doutora . Professor Adjunto. Universidade Federal da Bahia- Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, BA-Brasil. E-mail: dandani23@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A crescente magnitude das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constitui um problema de saúde que corresponde a 72% das causas de morte no mundo, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.¹⁻²

A atual tendência a transição demográfica, epidemiológica e nutricional ratificam a emergência das DCNT, em uma sociedade que vem sendo marcada pelo envelhecimento populacional, pela redução das morbidades de origem infecciosa e pela emergência do sobrepeso/obesidade como os novos agravos da modernidade, componentes estes da síndrome plurimetabólica fortemente associada ao diabetes.^{1,3}

Como dito anteriormente, dentro deste panorama se insere a Diabetes Mellitus, a qual decorre de um distúrbio insulínico que redundará em alterações metabólicas que apresentam em comum a hiperglicemia.⁴ Para a Organização Mundial de Saúde, no mundo existem mais de 346 milhões de pessoas com diabetes e mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixa renda.³ A doença é apontada como a quarta causa de morte no Brasil.⁵

Como toda doença crônica, a diabetes caracteriza-se pela não transmissibilidade, irreversibilidade e longo curso clínico⁶, fazendo com que o adoecimento por esta morbidade traga repercussões tanto biológicas quanto psicossociais aos indivíduos que dela sofrem e requer atenção por parte dos profissionais de saúde quanto a estes elementos.

A manutenção do bom controle glicêmico, alcançada por meio do processo de adesão ao tratamento ainda se configura como um desafio para os profissionais de saúde tendo em vista que uma parcela das pessoas com diabetes não fazem nenhum tratamento, dentre os que fazem parte não consegue o controle glicêmico e outros tantos o interrompem seja pela dificuldade de acesso ao mesmo, seja por suas reações ou devido à existência de barreiras sócio-culturais.

Do ponto de vista conceitual, a adesão ao tratamento compreende um processo colaborativo que facilita a aceitação e integração de um regime terapêutico no cotidiano da pessoa, pressupondo sua participação na decisão do mesmo.⁷ O tratamento do indivíduo com doença crônica, sob este ponto de vista, deve favorecer a adaptação a sua condição de saúde, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar e prevenir complicações, agravos e, sobretudo, a mortalidade precoce.⁸

Considerando que a adesão é um fenômeno complexo e multifatorial, a compreensão dos elementos que limitam a atuação dos profissionais de saúde frente a este processo em relação às pessoas com diabetes, tangencia parte dos elementos intervenientes no tratamento, cujos reflexos incidirão na prática dos profissionais e na saúde dos indivíduos.

Assim, o tempo dispensado nas consultas, a forma como a comunicação e as relações interpessoais são estabelecidas na abordagem aos indivíduos com diabetes e entre a equipe, a motivação para o cumprimento do plano terapêutico, a autonomização dos sujeitos frente ao seu tratamento e o preparo técnico para o manejo da doença, são alguns dos elementos apontados como papéis dos profissionais de saúde para consecução da adesão ao regime terapêutico do diabetes e, concomitantemente, como limitantes da atuação destes profissionais na medida em que os mesmos não os realizam.^{2,7,9}

Nesta direção, percebe-se uma exiguidade de estudos cujas abordagens estão centradas nos limitantes encontrados/apontados pelos profissionais de saúde e as estratégias de superação implementadas em relação ao diabetes com vistas à adesão ao tratamento. Assim posto, este estudo busca por meio de uma revisão integrativa de literatura conhecer os limites de profissionais de saúde no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes e as estratégias de superação correlatas com vistas ao seu enfrentamento.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa que se constitui em um método de pesquisa de revisão que permite reunir informações dentro de uma pesquisa abrangente sobre um tema, pesando as evidências e a integração das informações para tirar conclusões sobre o que se discute.¹⁰

Esta pesquisa norteou-se nos componentes de revisão integrativa,¹¹ sintetizados nos seguintes passos: 1- Estabelecimento da questão da pesquisa; 2- Amostragem ou busca na literatura; 3- Categorização dos estudos; 4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5- Interpretação dos resultados; e por fim, 6- Síntese do conhecimento e apresentação da revisão.

Na etapa de formulação do problema, partiu-se da seguinte questão norteadora: Quais os limites e estratégias de profissionais de saúde no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus?

A segunda etapa compreendeu a construção do banco de dados. Para tanto utilizou-se estratégias de busca das informações em base de dados on line indexados no National Library of Medicine (Pubmed), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os artigos foram pesquisados conforme descritores da base de dados DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) nos idiomas português e inglês, sendo estes: Diabetes Mellitus, Profissional de Saúde e Adesão do Paciente. Nesta busca, os descritores foram utilizados em conjunto, assim como com todas as combinações possíveis. Os critérios de seleção para utilização dos artigos incluíram aqueles que responderam a questão da pesquisa com uma abordagem mínima após combinação matemática de pelo menos dois descritores; que

trouxessem uma abordagem qualitativa e que fossem publicados no período compreendido entre os anos 2000 a 2012.

Os artigos foram selecionados em dois momentos. No primeiro momento o total de artigos elegíveis encontrados foi de 388. Nesta etapa, foram excluídos pelo título 353 artigos, sendo que 6 artigos foram excluídos por apresentarem-se duplicados em mais de uma base de dados. Pela leitura dos resumos mais dois artigos foram excluídos por estarem repetidos em combinações diferentes dos descritores, assim como 5 artigos foram excluídos por não terem sido encontrados na íntegra, o que totalizou 22 artigos. No segundo momento foi feita a leitura dos artigos na íntegra para que fossem identificados aqueles que tivessem uma correspondência com os critérios de inclusão inicialmente delineados. A amostra final dos artigos foi alcançada através de uma seleção individual de dois pesquisadores independentes, seguida de posterior comparação para seleção definitiva, de modo a evitar o viés de seleção. Foram excluídos mais sete artigos cujas abordagens não atendiam aos critérios propostos, totalizando 15 artigos. O processo de seleção encontra-se explicitado na Figura 1.

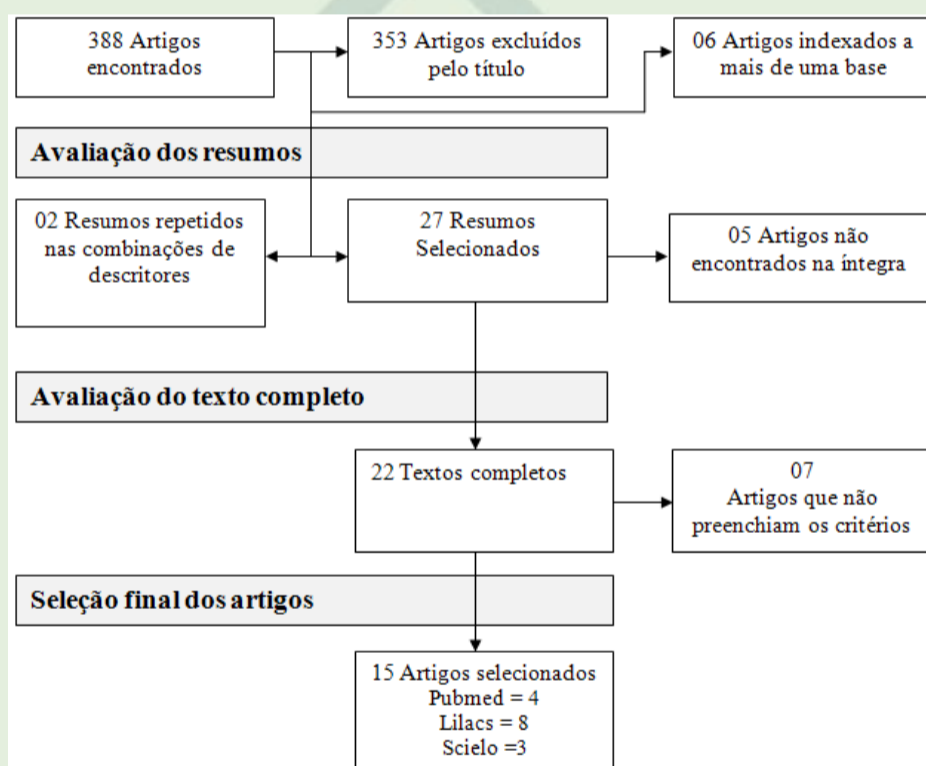


Figura 1: Aspectos quantitativos dos artigos encontrados nas bases de dados.

Na terceira etapa, os resumos foram lidos por pesquisadores independentes, momento em que foi constituído o *corpus* e, posteriormente elencadas as categorias com base nos núcleos temáticos destacados e sintetizadas no formato de figura e tabela. A avaliação dos artigos, interpretação e metassíntese constituíram as etapas subsequentes, as quais foram feitas a luz do referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 15 artigos selecionados oriundos das bases Pubmed (n=4), Lilacs (n=8) e Scielo (n=3) viabilizou a constituição de três núcleos temáticos relacionados aos elementos limitantes da prática dos profissionais de saúde no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes, a saber: fatores organizacionais, fatores profissionais e fatores individuais. As estratégias utilizadas por estes profissionais para favorecer a adesão foram agrupadas em propostas individuais, interprofissionais e na relação com o cliente.

Elementos Limitantes da Prática Profissional

A figura 2 foi construída como forma de representar os elementos que limitam as práticas dos profissionais de saúde no processo de adesão encontradas nos artigos analisados. Evidencia-se uma complexa interação dos pressupostos organizacionais, profissionais e individuais explicitando que tais fatores apresentam-se como uma verdadeira “teia” de elementos multifatoriais relacionados. A figura não se constitui em um modelo hierárquico onde um nível tem supremacia em detrimento de outro, ao contrário, demonstra que a relação entre estes elementos não ocorrem apenas de forma unidirecional, mas sim em múltiplos sentidos, tornando evidente que a interação e interdependência destes elementos limitadores da prática do profissional de saúde, vão interferir diretamente no processo de adesão ao tratamento da pessoa com diabetes.



Figura 2- Aspectos limitantes das práticas dos profissionais de saúde frente ao processo de adesão ao tratamento da pessoa com diabetes.

Fatores organizacionais

É sabido que a adesão ao tratamento da pessoa com diabetes perpassa pela forma como os serviços de saúde estão organizados, pelo acesso dos mesmos a estes serviços e pela resolutividade dada aos seus problemas de saúde. Neste sentido, nos países desenvolvidos, a adesão entre os indivíduos com doenças crônicas gira em torno dos 50%, sendo que esta percentagem diminui acentuadamente quando se reporta aos países em desenvolvimento como o Brasil, dada a escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde, transformando a não adesão em um problema de grande magnitude.¹²

Se para os usuários dos serviços, no âmbito da adesão ao tratamento, o acesso e a resolutividade parecem ter certa supremacia quando consideramos apenas estes aspectos^{2,7}, para os profissionais, os elementos organizacionais limitantes da adesão ancoram-se nas rotinas dos serviços e no processo de trabalho.

O processo histórico de construção do que hoje é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a atenção primária como porta de entrada prioritária para o acesso ao SUS. Nesse contexto, os artigos apontaram que as unidades de saúde são postas à cobertura de áreas muito superiores à capacidade de atendimento e uma vez inseridas em realidades distintas, voltam seu atendimento seguindo modelos verticalizados.¹³ Complementarmente, quando a complexidade dos casos extrapola o nível da atenção básica, fica patente a inexistência de mecanismos de articulação deste nível com os níveis mais especializados de atendimento, o que redundando em baixa resolutividade em atender às demandas de saúde dos usuários dos serviços.¹⁴ A escassez de ações preventivas e promocionais de saúde por parte dos profissionais resvala em uma atenção ainda curativista, limitando a possibilidade de uma escuta qualificada, de vínculo e responsabilização, que são condições essenciais para uma prática eficaz de adesão à terapêutica.¹³ Outros autores¹⁴ corroboram com o exposto e apontam o modelo emergencial-curativo como incapaz de produzir uma atenção personalizada e de criar vínculo com o paciente para que o mesmo possa se sentir seguro e motivado para aderir ao tratamento.

No que diz respeito ao processo de trabalho, destaca-se que haja ainda uma prática dos profissionais de saúde de subalternização ao saber médico, a despeito de algumas práticas renovadoras e autônomas. Neste cenário, a enfermagem configura-se como a profissão da saúde mais atrelada à medicina na área da saúde pública e também a mais subordinada.¹⁴ Em contraponto, outras vertentes discutem que a função do enfermeiro é de capacitar sua equipe de auxiliares na execução de atividades, realizar consultas além de identificar fatores de risco para a não adesão encaminhando para o médico quando necessário.¹⁵

Em ambas as situações, podem ser constatadas a limitação do escopo das práticas da equipe que deveria ser denominada de equipe integração, mas que na prática não passa de uma equipe agrupamento, posto que pouco ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, compromisso ético e respeito com o outro.¹⁶

Tal prática inevitavelmente aporta-se no conceito tradicionalmente difundido de que a adesão representa o seguimento das orientações médicas, onde o “doente” é cumpridor passivo destas orientações e quando não aderente é desviante ou resistente.

Portanto, a rotina de trabalho imposta e/ou construída quotidianamente pelos profissionais de saúde, assim como processos de trabalho em saúde fragmentados,

reducionistas e biologizantes, parcelizam a assistência à saúde, limitam a prática profissional e impactam negativamente no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes, pois que não há espaço para incluir o usuário, compartilhar saberes, trocar informações e definir estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas individuais e coletivos o que permitiria um atendimento voltado para as reais necessidades de saúde da população.¹³

Fatores profissionais

A conduta do profissional de saúde hoje é tida como preditora para a adesão do indivíduo ao seu tratamento. São muitas as críticas à posição de alguns profissionais que, ignoram o fenômeno da não adesão, agindo como se todas as recomendações terapêuticas fossem seguidas sem problemas pelos usuários dos serviços.¹⁷

Contudo, muitos profissionais reconhecem a sua responsabilidade e apontam que os fatores que os limitam no processo de adesão ao tratamento do diabetes, encontram-se radicados no processo de formação acadêmica, nos aspectos técnicos da assistência à saúde e no diálogo e no relacionamento interpessoal.

Nesse sentido, é evidente o quanto a formação acadêmica do profissional de saúde tem sido orientada por um modelo de atenção positivista, baseada em preceitos especializantes, que desvaloriza a diversidade, a singularidade, o que repercute diretamente na sua prática laboral, a qual mostra-se: pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e focada na doença e não nos sujeitos que passam por algum sofrimento físico ou psíquico.¹⁸

Não obstante, soma-se a isto o problema de uma atuação profissional onde o desconhecimento das normas técnicas dos programas de atenção ao indivíduo com diabetes modela recomendações ultrapassadas e muitas vezes intuitivas de cuidado.¹⁴

Tanto a formação acadêmica assim como o preparo técnico para a atuação nos serviços de saúde nos moldes acima citados, atuam sinergicamente no processo de adesão ao tratamento da pessoa com diabetes na medida em que refletem no estabelecimento de condições impositivas de comportamentos de autocuidado agravadas pela fala de profissionais que muitas vezes o fazem através de informações desconexas com a realidade de quem vive a doença. O que fica latente na observação, são discursos unidirecionais onde a visão da pessoa cuidada pouco importa para o cuidador.¹⁹

As relações interpessoais também compreendem um fator que exerce influência sobre a adesão do indivíduo em relação ao seu tratamento.^{18,20} Elas são compreendidas como verdadeiras ferramentas capazes de viabilizar não somente a aplicação de tecnologias em saúde, assim como auxiliar na superação das tradicionais formas de cuidar pautadas no êxito técnico, tornando possível um diálogo o mais simétrico possível entre os profissionais e os usuários dos serviços.⁹

Em contraposição, evidencia-se nos artigos analisados certo desabafo posto que foi apontado que são poucos os profissionais que conseguem ouvir as aflições dos indivíduos com diabetes e mudar o foco da consulta de modo a privilegiar os aspectos sociais.²¹ Ademais, a falta de acolhimento, a desvalorização do conhecimento das condições de vida do usuário e suas repercussões no tratamento, representam entraves para a abordagem adequada aos agravos, uma vez que faz com que os profissionais atribuam os problemas na esfera da adesão à falta de compromisso dos pacientes com o tratamento.¹⁴

Fatores individuais

A experiência da doença pelo indivíduo que a possui envolve aspectos culturais, familiares, emocionais, sociais.²²

Assim, estes aspectos individuais apontados pelos artigos analisados, muitas vezes são desconsiderados pelos profissionais de saúde e por isso, demonstram vinculação com os limitantes da adesão a terapêutica. Destaque para os fatores sócio-demográficos como as questões de restrições financeiras, que muitas vezes impedem o seguimento adequado no uso das medicações e da dieta; o nível de escolaridade que dificulta a identificação das medicações e faz com que comumente seja associado o uso de medicações alternativas; as questões de gênero que freqüentemente apontam ao sexo masculino como detentor de mais baixa adesão quando comparados com o sexo feminino.²³

Ainda no que concerne aos aspectos individuais, o aprendizado e racionalização da doença conforme as respostas do corpo e a necessidade de mudanças no estilo de vida, são fatores que geram instabilidade e sentimento de dependência, o que também repercute na adesão ao tratamento.²⁴

Diante do exposto, os profissionais de saúde precisam disponibilizar intervenções coerentes e diversificadas, oferecendo acompanhamentos mais próximos, pormenorizados e com foco no posicionamento assumido por cada indivíduo frente à condição de adoecimento, a relação mantida com o processo de estar diabético e os modos de lidar com as exigências do tratamento.²⁵

Desse modo, percebe-se que o estímulo ao autocuidado é um processo complexo em razão das dificuldades em modificar estilos de vida, crenças, comportamentos e de manter estas modificações continuamente²¹, bem como de acomodar as diferenças culturais entre o que é recomendado pelos profissionais de saúde e o seguimento dado pelos indivíduos a estas orientações, considerando as distintas formas de significação da doença e do tratamento para quem está doente (o paciente) e para quem está conduzindo o processo terapêutico (o profissional de saúde).

A racionalização científica, baseada em uma mensuração objetiva e quantitativa e na visão dualista corpo-mente, subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença evidenciando que os profissionais de saúde detêm um conhecimento do qual o paciente geralmente não participa.²²

Por isso, o equilíbrio dos níveis glicêmicos através do uso de medicações, exercícios regulares e principalmente a condução de uma dieta adequada causa indignação, principalmente em relação ao que os pacientes entendem como restrição alimentar excessiva, sendo evidentemente importante horizontalizar o conhecimento, para esclarecer as pessoas com diabetes os conhecimentos que permitem compreender para que e o porquê da necessidade de alterar o estilo de vida para a promoção, manutenção e recuperação da saúde.²⁶

Outro fator limitante do processo de adesão reside nos aspectos sócio-familiares. O que se observa é que o familiar doente apresenta alterações orgânicas e psico-sociais que causam instabilidades não só em si mesmo, mas, também repercussões no seio familiar.

Isto posto para o diabetes é muito relevante já que as modificações no estilo vida, especialmente as modificações dietéticas são difíceis de serem seguidas quando os familiares

não configuram-se como fontes de apoio no enfrentamento da doença. Ao contrário, quando a família se envolve, esse processo pode influenciar de forma positiva a adesão ao tratamento e o controle glicêmico.²⁵

Assim, o cuidado indivíduo-família deve auxiliá-los a desenvolver resiliência frente às situações de risco e danos à saúde, deve encorajar e mobilizar as capacidades de enfrentamento, os recursos para a adaptabilidade a partir das experiências relacionais e na possibilidade de estabelecer laços vinculares.²⁷

Estratégias utilizadas por Profissionais de Saúde frente à adesão ao tratamento do diabetes

Nos artigos pesquisados pôde-se encontrar estratégias utilizadas por profissionais de saúde com vistas ao favorecimento da pessoa com diabetes no processo de adesão. Tal perspectiva de análise não buscou avaliar as melhores estratégias nem tampouco generalizar os resultados, mas sim dar visibilidade as práticas desenvolvidas por distintos profissionais em cenários também diversificados com vistas à produção de saberes permeados de análise crítica com foco nos elementos relacionados aos profissionais de saúde. Sob este aspecto, identificou-se três padrões de estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde relacionadas à: aspectos individuais; aspectos relacionados com a equipe e; na relação com o cliente, os quais serão discutidos abaixo.

1) **Aspectos Individuais:** identificou-se que a postura individual do profissional de saúde deve refletir intencionalidades positivas, ou seja, demonstrar interesse pelo seu trabalho e ações relacionadas com a compreensão sobre as necessidades do cliente, bem como das repercussões das suas ações sobre o mesmo, saber comunicar-se respeitando as diferenças entre os sujeitos, estar comprometido com o conhecimento sobre o processo de adoecimento, seus signos e significados como mecanismo de responsabilização sobre o problema.^{13,14,19} No quesito responsabilização, destaca-se ainda que manter-se atualizado e compartilhar as informações revela um mecanismo simples para uniformizar e sistematizar o atendimento ao usuário com diabetes em termos de educação em saúde, integralidade e desenvolvimento do autogerenciamento.²⁸

Pensar neste compartilhamento de informações com o usuário é importante, contudo, a busca isolada por atualização não basta, é preciso conhecer os determinantes no processo de adoecimento, os fatores particulares que interferem na adesão e estar motivado na busca por articulação entre setores interessando-se caso a caso. A este respeito e na perspectiva de uma atenção integral, ficou evidente em alguns trabalhos analisados a necessidade de despertar a mobilização de outros setores sociais relacionados a transporte, educação, esporte cuja concretização demanda articulação e engajamento, cobrança pública e vontade política.^{13,14}

As estratégias deste âmbito apontam, portanto, para a necessidade de contemplar não apenas o horizonte pautado no êxito técnico, nem somente de descrever as convergências e divergências entre os saberes, mas, sobretudo de assumir um caráter estratégico na transformação dos sujeitos como um dispositivo político com conotações contextuais e histórico-social.

2) **Aspectos relacionados a equipe:** pôde-se constatar nos trabalhos selecionados que o relacionamento da equipe de saúde deve passar constantemente por uma reflexão sobre o

processo de trabalho, por meio de um debate envolvendo toda a equipe. Esta situação subsidiará uma revisão de ideias e concepções de saúde, de modo que os problemas vividos dentro do trabalho sejam expostos e discutidos e não apenas camuflados a existência de tensões e conflitos nas formas de realizar o cuidado em saúde, a afim de fomentar a consciência sobre tais problemas e pensar estratégias para solucioná-los.²⁸

No trabalho em equipe, é importante que haja diálogo entre os profissionais de saúde para que cada membro tenha reconhecido o cotidiano da unidade e as atribuições do outro de modo a otimizar as potencialidades de cada um na assistência ao usuário. Para isso, é preciso que haja uma inserção de todos os saberes na hierarquia do poder das ciências da saúde “para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres (...) contra a coerção de um discurso teórico, unitário e científico”²⁹ e para ocorrer não apenas uma melhoria nas relações de trabalho, mas, sobretudo uma melhoria na qualidade na assistência.

Tornar as relações e o diálogo entre a equipe mais equânime possibilita além de um maior compartilhamento de saberes, a divisão de responsabilidades relacionadas ao manejo do indivíduo com diabetes e à educação dos mesmos cuja consecução não é função de um único profissional, mas sim de todos os membros da equipe.^{24,30}

Neste sentido, surgiram evidências nos artigos em questão quanto à necessidade de haver uma padronização da fala educativa, tendo em vista que os profissionais designam orientações distintas o que gera confusão entre os usuários e faz o com que o seguimento das condutas seja feito por conveniências ou pelas relações de confianças que são estabelecidas com os profissionais e menos pela necessidade real de seguimento compatível com a sua situação de saúde.¹⁹ Por isso, conhecer a linguagem da comunidade, envolver os familiares e integrá-los no processo educativo é fundamental no processo de adesão.^{31,32}

Essa postura está intrinsecamente relacionada a uma preocupação com a empatia estabelecida para com o usuário, fator que favorece a abordagem do cliente aos serviços de saúde, concorre para aumentar-lhes a motivação e, por conseguinte, a adesão ao tratamento do diabetes.³³

Além da empatia, o acolhimento foi mencionado como uma importante ferramenta dentro do serviço e é um determinante na consequente satisfação do usuário, pois, associado também a uma escuta ampliada permite que todos os profissionais de saúde entendam melhor os problemas enfrentados pelo usuário, fazendo dessa postura um mecanismo para o raciocínio de orientações de condutas alternativas que sejam viáveis.^{13,15,21}

Destarte, o profissional precisa dar espaço para que o paciente possa expressar suas dúvidas, dificuldades e conflitos e assim entender o contexto no qual ambos estão inseridos e, entender as repercussões que cada fator exerce na vida do indivíduo para, a partir disso, fazer as adaptações sejam elas nutricionais, farmacêuticas ou mesmo relacionadas ao compartilhamento das informações.^{14,21,26,30}

Um espaço ampliado para o alcance dos pressupostos acima descritos encontra respaldo no desenvolvimento de ações grupais, mecanismo reconhecidamente de influência positiva no processo de adesão, uma vez que permite que o indivíduo encontre pessoas expostas às mesmas condições, diminuindo sentimentos de angústia e solidão, elevando a auto-estima e valorizando o conhecimento sobre o cuidado com a própria saúde, criando um ambiente de aprendizado prazeroso, compartilhando com familiares e pessoas da comunidade

um processo de conhecimento maximizado pelas dinâmicas de grupo e pela forma menos convencional de veicular histórias de vida e orientações em saúde.^{13,15,21,30,32}

3) Aspectos da relação com o usuário: observou-se em relação a este tópico, que os artigos selecionados para esta revisão retrataram elementos não apenas relativos às configurações normativas do funcionamento dos serviços de saúde e do escopo das práticas de cada profissional de saúde, mas, muito mais a dimensão simbólica e imaterial do trabalho vivo em ato, representando o momento em que duas pessoas (o profissional de saúde e o usuário do serviço), atuam intersubjetivamente um sobre o outro e onde se cria cumplicidade, confiabilidade, esperanças, escutas interpretações e acolhimentos.³⁴

Nesta perspectiva, foi apontado que o profissional de saúde deve ampliar a capacidade de escolha destes indivíduos frente ao arsenal de ações terapêuticas possíveis, com vistas ao enfrentamento do diabetes e a viabilização da adesão ao seu tratamento por meio de “Alianças terapêuticas.”^{19,23,31} Para isso, é também fundamental planejar estratégias de educação em saúde que sejam capazes de promover a auto-estima do indivíduo possuidor de uma doença crônica, mudando o sentimento de acomodação e incentivando o desenvolvimento de mecanismos de superação dos fatores adversos, despertando nos sujeitos uma consciência crítica sobre a realidade e o empoderamento e autonomização da própria vida como um mecanismo de melhoria da qualidade de vida.^{21,24}

É importante deixar claro a ênfase dada pelos artigos analisados na questão do trabalho dos profissionais de saúde quanto à responsabilidade com a melhoria da adesão ao tratamento do indivíduo com diabetes, como sendo não apenas uma imposição de programas governamentais ou de saúde pública, mas antes de tudo uma questão de respeito ao direito conquistado do usuário em suas necessidades mais fundamentais.²³

Assim, as estratégias acima mencionadas direcionadas aos usuários dos serviços são mencionadas como aquelas que requerem maior porosidade pelos serviços de saúde e que remontam a uma dimensão não convencional do trabalho em saúde o qual hegemonicamente é pautada no saber técnico e biologizante.

A tabela seguinte sintetiza as estratégias empreendidas pelos profissionais de saúde com vistas à consecução do processo de adesão ao tratamento do diabetes.

Tabela 1: Estratégias empreendidas pelos profissionais de saúde com vistas à superação das barreiras limitantes e intervenientes no processo de adesão.

Propostas	
Individuais	Interesse pelo trabalho e pelo impacto de suas ações ¹³
	Compromisso e responsabilização ^{13,14,19}
	Articulação do saber técnico e popular ^{15,19}
	Linguagem acessível ^{14,19,31,32}
	Incorporar o conhecimento à prática ^{15,26}

	Capacitação e atualização profissional ^{13,14,21,28,30,32}
	Compreensão ampliada do processo saúde-doença ¹³⁻¹⁵
	Busca pela articulação entre setores ^{13,14}
Entre a equipe	Reflexão sobre o processo de trabalho ^{28,33}
	Interação entre membros da equipe “Equipe integração” ^{14,21,23,30,31}
	Acolhimento e busca por qualidade na assistência ³⁰
	Melhoria dos padrões de interação e comunicação ^{13,15,19,21,23,31}
	Análise socioeconômica e do contexto ^{14,21,26,30}
	Divisão de responsabilidades e valorização das relações paciente - família - profissional - sociedade ^{19,21,24,26}
	Valorização das ações em grupo ^{13,15,21,26,30,32}
Na relação com o cliente	Ampliar a capacidade de escolha ^{19,23,31}
	Motivar o desejo de enfrentamento ^{15,26}
	Incentivo a superação dos fatores adversos ^{21,24}
	Formação de “Alianças Terapêuticas” ^{21,26,32}
	Responsabilização do paciente para o seguimento de condutas terapêuticas ^{21,30,35}
	Respeito ao direito do usuário ²³

CONCLUSÃO

O reconhecimento de que multifatores influenciam no processo de adesão ao tratamento das pessoas com diabetes, não traduz necessariamente supressão dos elementos que limitam a prática dos profissionais de saúde frente a este processo, tal é a amplitude dos limitantes organizacionais, profissionais e individuais desvelados nesta revisão.

Frente a estes limitantes, os profissionais de saúde parecem engendrar esforços para implementar estratégias de caráter individual, relacionadas a equipe e na relação com o usuário, que amplifiquem a adesão ao tratamento do diabetes. Entretanto, observou-se na maior parte dos trabalhos que as abordagens, apesar de relativamente consensuais e recorrentes, são muito breves e pouco sistematizadas de modo a oferecer um caminho para sua consolidação. Não bastasse, algumas estratégias apontadas apesar de relevantes e com potencial para impactar positivamente a adesão, não vão ao encontro dos limitantes enfrentados pelos profissionais de saúde em relação à adesão ao tratamento da diabetes.

É evidente que as questões relacionadas à adesão se encontram em franco desenvolvimento não apenas na enfermagem, mas em todas as disciplinas da área da saúde. Apesar de muitos estudos debruçarem-se sobre o tema, pode-se perceber a incipiência de publicações acerca da perspectiva do profissional de saúde no processo de adesão ao tratamento do diabetes, sendo este fator fundamental para que se possa perceber as limitações existentes no exercício do trabalho em saúde.

Dessa forma, é possível traçar estratégias para que os profissionais sejam capazes de assumir posturas inovadoras, dentro de sua capacidade de atuação e que estas possam ser aplicadas nas organizações de saúde para viabilizar a adesão. Sugere-se maior aprofundamento de pesquisas na área, objetivando que as mesmas ultrapassem os limites acadêmicos e tenham repercussões na prática dos profissionais de saúde e na vida dos usuários com diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* 2011; Série Saúde no Brasil: 61-74.
2. Guedes MVC, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida CF. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(6):1038-42.
3. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília:Ministério da Saúde; 2011.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
5. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):312-9.
6. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(2):131-7.
7. Santos WJS, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antiretroviral em Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(6):1028-37.
8. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 (Supl 2): 2299-2306.
9. Soares DA, Sadigursky D, Soares I. Competência Interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(4):677-83.
10. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins;2008
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Text Cont Enferm* 2008; 17(4): 758-64.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003.

13. Marin MJS, Martins AP, Marques F, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev. Bras Geriatr Gerontol* [online] 2008; 11(2): 245-58.
14. Souza MLP, Garnelo L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online] 2008; 24 (suppl.1):91-9.
15. Faeda A, Leon CGRMP. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6):818-21.
16. Almeida MCP, Misshima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. *Rev Interface- Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16):91-104.
17. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletro Enferm* 2006; 8(2):259-72.
18. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de Adesão ao Tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Rev Interface:Comunic Saúde e Educ* 2005; 9(16):91-104.
19. Duque TNH, Henao MVA, Cardona MM. Factores de no adheren-cia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(2):194- 203.
20. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(4):267-78..
21. Ataíde MBC, Damasceno MMC. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Rev. Enferm UERJ* 2006; 14(4): 518-523.
22. Caprara, A; Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):139-46.
23. Brez S, Rowan M, Malcolm J, Izzi S, Maranger J, Liddy C, et al. Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care physicians. *BMC Fam Pract.* 2009; 10:39.
24. Moser A, Bruggen H, Widdershoven G, Spreeuwenberg C. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health* 2008; 8:91.
25. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao auto-cuidado abordados em Grupo de Apoio psicológico. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2):301-7.
26. Welfer M, Leite, MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Sci. med* 2005; 15(3): 148-155.
27. Silva LWS, Nunes ECDA, Reis HFT, Linhares EF, Valença TDCV. O pensamento sistêmico como caminho para a investigação a família- metodologias, experiências e perspectivas. In: Silva LWS, organizador. *Família em contexto: multiversas abordagens e, investigação qualitativa.* Salvador: Arcádia; 2012. p.13-50.
28. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres H. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm. USP* [online] 2010; 44(2):531-37.
29. Foucault, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).* São Paulo: Martins Fontes; 1999.p.15.

30. Takahashi OC, Haddad M CL, Guariente MDDM, Almeida HGG, Scarcarinci IC, Takahashi I. Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético. *Acta paul. enferm* 1993; 6(1/4):43-7.
31. Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice* 2005; 6:20.
32. Romero BCM, Juarez LG. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index Enferm* 2006; 15(52-53):16-9.
33. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(4):1039-47.
34. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil*. Brasília: MS; 2003.
35. Coelho CR, Amaral VLAR. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *Psico-USF(Impr.)* 2008; 13(2):243-51.
36. Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Primary care management of diabetes in a low/middle income country: A multi-method, qualitative study of barriers and facilitators to care. *BMC Family Practice* 2007; 8:63.

Recebido em: 16/08/2012
Revisões requeridas: 27/02/2013
Aprovado em: 01/04/2013
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:

Majoi Dias do Prado

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia.
Rua Rio de Contas 58, Quadra 17, Lote 58, Vitória da Conquista Bahia,
Cep : 45029-094. E-mail: majoi_dias@hotmail.com Tel: 031- 93223523.