

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ANNA KARLA DE OLIVEIRA TITO BORBA

DIABETES NO IDOSO: práticas educativas e fatores associados à adesão
terapêutica

RECIFE

2012

ANNA KARLA DE OLIVEIRA TITO BORBA

**DIABETES NO IDOSO: práticas educativas e fatores associados à adesão
terapêutica**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em saúde nos diferentes cenários do cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde do idoso

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula de Oliveira Marques

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vânia Pinheiro Ramos

RECIFE

2012

ANNA KARLA DE OLIVEIRA TITO BORBA

DIABETES NO IDOSO: práticas educativas e fatores associados à adesão
terapêutica

Dissertação aprovada em: 16 de Janeiro de 2012

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Carrera Campos Leal – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Francisca Márcia Pereira Linhares – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Ilma Kruze Grande de Arruda – UFPE

RECIFE

2012

À Joaquim, pela paciência, companheirismo e
partilha neste momento de construção, onde
cada espera era transformada em conquista

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza e refúgio nos momentos de tristeza e alegria, presença sentida em cada momento desta caminhada.

Aos meus pais, meus tesouros, pela confiança, apoio em todos os momentos da minha vida e por terem ensinado o verdadeiro sentido de uma família.

A Joaquim, pela cumplicidade, compreensão, apoio, carinho e principalmente, amor.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e incentivo em mais uma etapa de formação.

À minha orientadora, Prof^a Ana Paula de Oliveira Marques, pela condução no universo do envelhecimento de forma tão leve, com base no carinho, apoio, compreensão e estímulo ao crescimento profissional.

À minha co-orientadora, Prof^a. Vânia, pelo respeito, colaboração e apoio deste o período de Professora Substituta da Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Prof^a. Márcia, pela confiança, respeito e conhecimento compartilhado na área do envelhecimento.

Aos membros da banca, Prof^{as}. Francisca Márcia Linhares e Ilma Kruze pelo respeito e colaboração.

A Prof^a. Cleide Pontes, pelo saber e partilha nestes dois anos de construção.

Aos Professores que fazem a Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, pela dedicação e partilha do conhecimento o que engrandece a qualidade do programa.

A Glivson, pela disponibilidade e apoio durante este período.

Aos idosos, que deixaram seus lares por instantes e aceitaram a dividir comigo momentos do seu conviver enquanto diabéticos na busca da adesão a terapia. Sem eles, nada seria possível.

A equipe multiprofissional do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco (NAI/UFPE), em especial a Marcilene, Éricka, Mário e Neide pelo acolhimento e apoio que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

A minha amiga Tatiana, pelas palavras de incentivo, apesar da distância física.

A Roberta, pela partilha e cumplicidade nas construções de propostas de pesquisas com vistas ao engrandecer da enfermagem em gerontologia.

As colegas de turma do mestrado, pelo companheirismo, apoio, amizade, momentos de alegria e tristeza partilhados durante este período.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente tornaram possível a elaboração deste trabalho.

O meu reconhecimento, gratidão e respeito a todos.

“Sonhar sonhos possíveis. Fazer o possível de hoje para amanhã fazer o impossível de hoje”

(Gadotti)

BORBA, Anna Karla. O. T. **Diabetes no idoso**: práticas educativas e fatores associados à adesão terapêutica. Recife – PE: UFPE, 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.

RESUMO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, principalmente em países em desenvolvimento, acarretando maior prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis. Entre elas, destaca-se o diabetes mellitus pela sua alta taxa de morbimortalidade, principalmente entre os mais velhos. A adesão ao tratamento para o controle da doença é um dos grandes entraves no combate às complicações do diabetes, visto o seu caráter multifatorial o que dificulta a adoção efetiva de estratégias educativas. O artigo de revisão teve como objetivo identificar na literatura científica as práticas educativas desenvolvidas para os diabéticos no Brasil. As bases de dados pesquisadas foram LILACS, MEDLINE, IBECs e BDNF, resultando em 8 artigos após seleção conforme critérios de elegibilidade adotados. As práticas educativas encontradas são voltadas principalmente para adultos e idosos de até 70 anos com temáticas relacionadas ao viver com diabetes difundidas através de grupos. O artigo original teve como objetivo investigar os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos. O estudo de corte transversal quantitativo foi realizado em serviço gerontogeriátrico, de natureza ambulatorial, na cidade do Recife (PE), com a participação de 150 idosos diabéticos cadastrados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Na análise de dados foram utilizados Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher e Análise Multivariada por Regressão Logística Multinomial. A adesão integral a terapêutica foi de 27,3%, com a predominância do seguimento da medicação para o controle da doença em detrimento do cuidado da saúde como um todo. A casuística estudada foi composta, em sua maioria, por idosos do sexo feminino (73,3%), com 60 a 69 anos (54,7%), mais de 9 anos de estudos (41,3%), aposentados (62,7%), com baixo rendimento mensal (52,7%) e contribuíam totalmente com o sustento da casa (66,0%). Na análise bivariada a adesão terapêutica esteve associada à autopercepção da saúde ($p < 0,038$), crenças no uso dos remédios para controlar o diabetes ($p < 0,001$), entendimento das explicações sobre o diabetes ($p < 0,005$) e profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento ($p < 0,028$). Após análise ajustada, apenas as crenças no medicamento para o controle do diabetes foi

significativa ao comparar a não adesão com adesão integral (OR=9,65; IC95% 1,6;56,6) e não adesão com adesão parcial (OR=18,15; IC95% 3,5;95,4). Conclui-se que há a necessidade de estudos adicionais que melhor investiguem as crenças e a adesão terapêutica na população idosa com diabetes, bem como o desenvolvimento de práticas educativas com metodologias ativas que considerem as crenças em saúde e possibilitem a promoção da autonomia nas atividades de autocuidado.

Descritores: Envelhecimento da População. Diabetes Mellitus. Adesão do Paciente. Atenção Primária de Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Population aging is occurring rapidly, especially in developing countries, leading to higher prevalence of chronic non-communicable diseases. Foremost among these is diabetes mellitus because of its high rate of morbidity and mortality, especially among the elderly. Adherence to treatment for disease control is one of the major obstacles in fighting the complications of diabetes, since their multifactorial hindering the adoption of effective educational strategies. The review article aimed to identify the scientific literature on educational practices developed for diabetics in Brazil. The databases were searched LILACS, MEDLINE, and IBICS BDENF, resulting in eight articles after selection which followed the eligibility criteria adopted. Educational practices are found primarily intended for adults and seniors up to 70 years with issues related to living with diabetes disseminated through groups. The original article was to investigate the factors associated with adherence in elderly diabetic. The study was described cross-sectional quantitative, carried out in a geriatric, ambulatory in nature, in Recife (PE), with the participation of 150 elderly diabetic registered from January 2006 to December 2010. In the analysis of data were used Chi-squared or Fisher's exact test and multivariate analysis using multinomial logistic regression. Full adherence to therapy was 27.3%, with the predominance of the action of the drug for disease control at the expense of health care as a whole. The sample was composed mostly of elderly women (73.3%), 60 to 69 years (54.7%), more than nine years of study (41,3%), retired (62.7%), with low monthly income (52.7%) and contributed fully to the support of the house (66.0%). In bivariate analysis, adherence was associated with self-rated health ($p < 0.038$), belief in the use of drugs to control diabetes ($p < 0.001$), understanding of the explanations about the diabetes ($p < 0.005$) and professional responsible for guidelines on the treatment ($p < 0.028$). After adjusted analysis, only the beliefs on medication for diabetes control was significant when comparing the non-adherence with full adherence (OR=9,65; IC95% 1,6;56,6) and non-adherence with partial adherence (OR=18,15; IC95% 3,5;95,4). We conclude that there is a need for additional studies to better investigate the beliefs and adherence in the elderly population with diabetes, as well as the development of educational practices with active methodologies that consider the health beliefs and enable the promotion of autonomy in self-care activities.

Descriptors: Aging Population. Diabetes Mellitus. Patient compliance. Primary Health. Public Health Nursing. Health Education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 1980, 2010, 2050	19
Figura 2 – As cinco dimensões da adesão terapêutica	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das variáveis e as respectivas características das atividades educativas. Recife, PE, 2010	49
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por bases de dados. Recife, PE, 2010	48
--	----

ARTIGO 2

Tabela 1 – Adesão terapêutica segundo fatores socioeconômicos e demográficos de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011	71
Tabela 2 – Adesão terapêutica segundo as condições de saúde e fatores relacionados ao tratamento de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011	72
Tabela 3 – Adesão terapêutica segundo a percepção da doença de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011	73
Tabela 4 – Adesão terapêutica segundo o suporte social de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011	74
Tabela 5 – Regressão logística multinomial da adesão terapêutica de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NAI	- Núcleo de Atenção ao Idoso
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNI	- Política Nacional do Idoso
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
ONU	- Organização das Nações Unidas
SUS	- Sistema Único de Saúde
ADA	- Associação Americana de Diabetes
EASD	- Associação Européia para o Estudo do Diabetes
PBE	- Prática Baseada em Evidências
LILACS	- Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	- Medical Literature end Retrieval System on Line
IBECS	- Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
BDENF	- Base de Dados em Enfermagem
MESH	- Medical Subject Heading
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
CASP	- Critical Appraisal Skills Programme
PHRU	- Public Health Resource Unit
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
SPSS	- Statistical Package for Social Sciences
IC	- Intervalo de Confiança
PIBIC	- Projetos de Iniciação Científica
FACEPE	- Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
PROPESQ	- Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA	18
3 CAPÍTULO 2 – MÉTODO	30
4 CAPÍTULO 3 – ARTIGO DE REVISÃO	41
5 CAPÍTULO 5 – ARTIGO ORIGINAL	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	86
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados da revisão integrativa	87
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados do artigo original	88
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
ANEXOS	93
ANEXO A – Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados da revisão integrativa	94
ANEXO B – Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na revisão integrativa	95
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	96
ANEXO D – Termo de Anuência para Pesquisa	97
ANEXO E – Comprovante de Encaminhamento do Artigo ao Periódico	98
ANEXO F – Normas de Publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem	99
ANEXO G - Normas de Publicação da Revista de Saúde Pública	106

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é um dos fenômenos mais marcantes das sociedades contemporâneas. O rápido envelhecimento populacional é característico tanto de países desenvolvidos como, de modo crescente, dos países em desenvolvimento¹. O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos” que passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos².

A prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário implica em tratamentos que requerem um alto consumo de fármacos, mudanças de comportamentos e hábitos de vida, levando a problemas relacionados aos medicamentos, a um baixo controle dos sintomas e a redução da capacidade funcional, resultando em complicações na sua qualidade de vida³.

O Diabetes Mellitus, entre as doenças crônicas, destaca-se pela alta taxa de morbimortalidade entre os mais velhos. O acelerado ritmo de envelhecimento da população, a maior tendência ao sedentarismo, obesidade e maior sobrevivência dos indivíduos com a doença contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência do diabetes, bem como de maior mortalidade pela doença⁴.

A hiperglicemia, manifestação principal do diabetes, ocasiona em longo prazo lesões de diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso, acarretando prejuízos na funcionalidade física, psicológica e social do indivíduo, prejudicando sua adaptação e vida produtiva⁵.

Por este motivo a intervenção na atenção à saúde do idoso com diabetes deve objetivar além da manutenção dos níveis glicêmicos normais, evitando complicações micro e macrovasculares, preservar a capacidade funcional máxima da pessoa idosa, valorizando sua independência e autonomia no âmbito familiar e comunitário⁶.

A manutenção dos níveis glicêmicos e a capacidade funcional estão atreladas ao seguimento terapêutico. A avaliação da adesão a terapia não significa apenas investigar o cumprimento de determinações por parte dos profissionais de saúde, mas permite, ainda que em uma perspectiva limitada, verificar fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes necessárias ao tratamento de saúde tão difíceis e distantes da realidade de parte dos diabéticos⁷.

Nesse contexto, considerando a centralidade da ação educativa na prática profissional do enfermeiro, parte-se do pressuposto que a educação em saúde faz parte do cuidado de

Enfermagem no sentido de preparar o idoso diabético para lidar com suas novas necessidades, garantindo sua participação efetiva no processo do autocuidado. A Promoção da Saúde é viabilizada pelas ações educativas que buscam o desenvolvimento da autonomia e co-responsabilização dos sujeitos e lhes assegurem o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde⁸.

Os resultados de um estudo bibliográfico realizado com 36 artigos sobre os fatores de adesão e não-adesão dos indivíduos com doenças crônicas apontam para a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordam o fenômeno da adesão/não-adesão, principalmente sobre os aspectos que vão além da sua epidemiologia. Grandes contribuições podem advir de estudos que discutem os modelos teóricos correntes de compreensão do fenômeno e as estratégias de intervenção nos problemas encontrados⁹.

As práticas educativas são consideradas um importante instrumento de intervenção para o sucesso do seguimento terapêutico do diabetes, porém, faz-se necessário conhecer como são desenvolvidas nos diversos cenários de atenção à saúde, visando minimizar os possíveis entraves neste processo.

A adesão ao regime terapêutico é ainda mais importante quando se trata do indivíduo idoso, ao considerar a presença de comorbidades associadas, responsabilidades com o autocuidado e a redução da capacidade funcional em geral observada com o passar dos anos. Diante do exposto, este estudo possui duas questões condutoras: Quais as práticas educativas desenvolvidas para diabéticos? Quais os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos?

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo foi analisar as práticas educativas em diabetes e os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE). Os objetivos específicos foram: identificar a produção científica sobre as práticas educativas para indivíduos diabéticos; verificar a adesão ao tratamento em idosos diabéticos assistidos no NAI/UFPE e a existência de associação com as variáveis socioeconômicas e demográficas, condições de saúde, percepção da doença e suporte social.

Para atingir aos objetivos propostos, optou-se pela abordagem quantitativa por permitir ao pesquisador reunir informações, além de buscar especificidade entre a situação pesquisada e o grau em que os resultados da pesquisa podem ser generalizados¹⁰.

Conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (Mestrado Acadêmico), esta dissertação foi estruturada

em quatro capítulos, com apresentação de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa e o segundo um artigo original a serem publicados em periódicos científicos.

O primeiro capítulo refere-se à revisão da literatura com a abordagem do fenômeno do envelhecimento e o diabetes mellitus, a adesão à terapêutica com enfoque principal para o idoso e, por último, uma exposição sobre a enfermagem e a educação em saúde direcionada ao indivíduo com diabetes.

O segundo capítulo corresponde ao Método, sendo possível descrever a metodologia utilizada nos dois artigos científicos de forma detalhada visto ao quantitativo restrito de páginas que são exigidos pelas revistas científicas.

O terceiro capítulo faz menção ao artigo de revisão: “Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura” submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem. Teve como objetivo identificar a produção científica multiprofissional sobre as práticas educativas para indivíduos diabéticos, resultando em 08 artigos que obedeciam aos critérios de elegibilidade adotados.

O quarto capítulo refere-se ao artigo original: “Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos na atenção primária de saúde” a ser submetido à Revista de Saúde Pública. Tem por objetivo investigar os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos.

2 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e Diabetes Mellitus

O século XX foi marcado, no âmbito demográfico, por importantes transformações no crescimento e na composição da população, com repercussões na vida social e econômica do país. O envelhecer passou a ser considerado um fenômeno contemporâneo e mundial, não mais um privilégio de uma parcela da população.

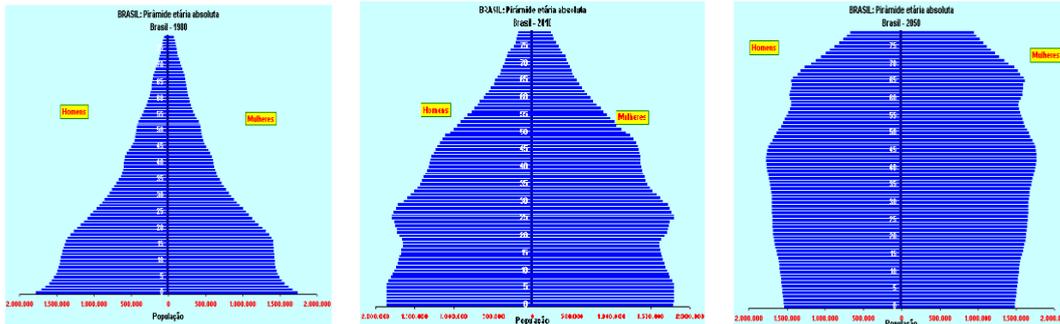
Nos países desenvolvidos, a melhoria da qualidade de vida e os avanços nas ciências da saúde e tecnologia levaram ao aumento da expectativa de vida. Já nos países subdesenvolvidos, o aumento da expectativa de vida esteve relacionado com a redução brusca nas taxas de natalidade e mortalidade populacional¹¹. As modificações observadas na estrutura etária são caracterizadas pela redução na base da pirâmide etária, em função do declínio da fecundidade e pelo alargamento de seu topo, em consequência dos efeitos combinados da diminuição no tamanho das famílias e do aumento da expectativa de vida, apontando para o envelhecimento da população¹².

Acompanhando a evolução temporal, no Brasil, as projeções populacionais indicam uma continuidade no aumento da população idosa. Conforme dados do Censo de 2010, as pessoas com 60 anos ou mais constituíram o grupo que mais cresceu na última década. No censo anterior realizado há dez anos, o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total). Hoje, o Brasil tem 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que representa 12% da população brasileira¹³.

Entre 1970 a 1990 observou-se o declínio de 15 para 11% no percentual da população com menos de cinco anos, chegando a alcançar 9% da população total no ano 2000. Por outro lado, o grupo etário composto por pessoas acima de 65 anos cresceu de 3,5%, em 1970, para 5,5% em 2000. Em 2050, este grupo etário deverá responder por cerca de 19% da população brasileira¹¹.

Diante destes fatos, o formato extremamente piramidal da estrutura etária brasileira do início do século XX começou, a partir dessa desestabilização, ao estreitamento continuado de sua base, anunciando um rápido processo de envelhecimento e uma distribuição praticamente retangular no futuro (Figura 1).

Figura 1 – Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 1980, 2010, 2050



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980 - 2050

O envelhecimento populacional traz à tona a discussão do que é ser idoso. A legislação brasileira na Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso - PNI, em seu art. 2º, define idoso como a pessoa com idade equivalente ou superior a 60 anos. De acordo com o texto da referida lei, a PNI tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade¹⁴.

Envelhecer é um processo natural que ocorre desde o nascimento até a morte, caracterizado por uma série de alterações, inerentes a dinâmica natural de envelhecimento, principalmente a partir da sexta década de vida, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, aumentando a vulnerabilidade e a maior incidência de processos patológicos^{15,16}.

Atrelada à transição demográfica estão, as mudanças na saúde e nos parâmetros de doenças que caracterizam a transição epidemiológica, caracterizada pela relativa diminuição de processos agudos de rápida resolução (cura ou óbito) e aumento relativo das doenças crônicas e seus agravos de longa duração¹⁷. Entre elas, encontra-se o Diabetes Mellitus, problema de importância crescente em saúde pública, cuja incidência e prevalência estão aumentando, principalmente entre os grupos populacionais mais velhos.

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Pode ser classificado em: tipo I (auto-imune ou idiopático), tipo II, gestacional e outros tipos específicos¹⁸.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para 177 milhões de portadores da doença em todo o mundo em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025¹⁸. De acordo com a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 1998, a prevalência de diabetes auto-referida pela população idosa brasileira foi de 10,3%.

Dados da PNAD 2003 apontam na população brasileira prevalência de 12% nos homens e 16% nas mulheres, na faixa de 70 a 79 anos de idade¹⁹. Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), nos anos de 2006 e 2007, a prevalência de diabetes mellitus auto-referida em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos atingiu 18,6%^{20,21}. E em 2010, mais de 20% dos indivíduos com 65 ou mais anos de idade apresentaram diabetes²².

Os custos diretos e indiretos trazem repercussões sobre o indivíduo, a família e os serviços de saúde. Neste contexto, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos (cateterismo, bypass coronariano, fotocoagulação retiniana, transplante renal e outros), hospitalizações, absenteísmo, invalidez e morte prematura elevam substancialmente os gastos com a assistência à saúde dos diabéticos. Além disso, a doença é acompanhada de outras morbidades que podem tornar os custos totais mais elevados²³.

Existe relação entre a idade e o aumento dos níveis glicêmicos, tanto em homens quanto em mulheres. Não se sabe se essa hiperglicemia é normal ou patológica, contudo, necessita de intervenções terapêuticas. A causa das alterações no metabolismo dos carboidratos relacionadas à idade ainda está em discussão. Algumas possibilidades estão associadas à dieta inadequada, inatividade física, diminuição da massa magra corporal, secreção alterada de insulina e resistência à glicose²⁴.

De seguimento silencioso e em sua maioria de forma assintomática, o diabetes é ainda mais grave nos idosos porque cerca de 50% deste segmento, desconhecem sua condição, já que nesse grupo etário a doença raramente se manifesta com sintomas de hiperglicemia. A perda de glicose pela urina é disfarçada pelo aumento do início de excreção renal que acompanha o envelhecimento. O aparecimento da polidipsia que consiste na sede excessiva, também é mascarado pelo distúrbio da sensação de sede que também acompanha o envelhecimento normal. Assim, a doença cursa com sintomas inespecíficos, como mialgia, fadiga, adinamia, estado confusional, incontinência urinária ou complicações decorrentes da doença^{25,26}.

As complicações crônicas advindas do diabetes, geralmente, estão associadas ao mau controle da doença, por um longo período de tempo, resultando em danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. As pessoas com diabetes têm maior incidência de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. Além disso, o diabetes pode determinar

neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais acometem mais frequentemente os idosos²⁷.

As principais sociedades científicas internacionais, Associação Americana de Diabetes (ADA) e Associação Européia para o Estudo do Diabetes (EASD), não estabelecem metas glicêmicas específicas para a população idosa. Porém, a maioria dos autores recomenda a individualização dessas metas, levando-se em consideração a presença ou não de doenças que limitam a qualidade e/ou a quantidade de potenciais anos de vida (câncer, miocardiopatia grave, insuficiência renal, hepática ou pulmonar, sequelas importantes de acidente vascular cerebral, etc.), idade muito avançada, limitações econômicas, sociais ou familiares que inviabilizariam esquemas terapêuticos complexos necessários para um controle glicêmico ideal. Nessas situações são aceitáveis valores glicêmicos de jejum de até 150mg/dl e pós-prandiais inferiores a 180mg/dl¹⁸.

O tratamento básico e o controle da doença consistem na educação, modificações dos hábitos de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas) e, se necessário medicamentos²⁸.

O seguimento nutricional aliado as modificações no estilo de vida, incluindo atividade física, são consideradas terapias de escolhas para o controle da doença e prevenção das complicações crônicas do diabetes. A terapia nutricional busca fornecer alimentação equilibrada de acordo com as recomendações específicas individuais para atingir e manter níveis glicêmicos normais ou perto da faixa de normalidade. As preferências culturais e financeiras precisam ser analisadas, respeitando-se as escolhas individuais e facilitando as mudanças de estilo de vida associadas à alimentação²⁹.

A prática de atividade física como caminhada, natação, dança, entre outros, com periodicidade mínima de três vezes por semana e duração de 30 a 60 minutos por dia faz parte das recomendações adotadas. Os exercícios físicos contribuem para o controle glicêmico, redução de riscos cardiovasculares e do peso corporal, bem como para a melhora da auto-estima⁴.

Os agentes medicamentosos antidiabéticos são utilizados quando o tratamento com a dieta e a prática de atividade física manteve os níveis glicêmicos em jejum e/ou pós-prandial acima dos valores utilizados para o diagnóstico de diabetes, sendo divididos em hipoglicemiantes orais e insulina. O primeiro atua aumentando a secreção de insulina, maior receptividade periférica de glicose e redução da velocidade de absorção dos glicídios. Já a

insulina, é utilizada na presença de deterioração progressiva das células beta pancreáticas, podendo ser utilizada de forma individual ou associada aos hipoglicemiantes orais⁴.

2.2 Adesão Terapêutica

A cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica e a prevenção para as complicações dependem da adesão à terapêutica prescrita pelo médico ou de toda uma equipe multidisciplinar. Este conceito é adotado por profissionais de saúde e pacientes, porém dificilmente, apesar do risco e das consequências, o ser humano por vontade própria ou não é incapaz de seguir constantemente normas estabelecidas a tudo e a todo tempo.

A adesão ao regime terapêutico tem sido discutida e abordada por muitos profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para o controle da doença. O conceito de adesão varia entre autores, mas, de uma forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento³⁰.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)³¹ definiu adesão a terapias de longo prazo como "O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir o regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde com as recomendações dos profissionais de saúde”.

A adesão ao regime terapêutico foi reconhecida como diagnóstico de enfermagem pela Comissão Internacional de Enfermeiros ao definir como “Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos”³².

No entanto, a ausência de instrumentos adequados para a validação das medidas terapêuticas é uma das grandes dificuldades encontradas nas pesquisas, uma vez que a garantia da fidedignidade e da confiabilidade dos resultados obtidos são pontos cruciais neste processo. As medidas de avaliação podem ser categorizadas como resultados de tratamentos de saúde (pressão arterial e hospitalização); indicadores diretos (avaliados através de exames de urina ou sangue, ou de verificação de perda de peso, por exemplo); indicadores indiretos (como contagem de pílulas); relatos subjetivos (de pacientes ou de outros); e utilização (como comparecimento a consultas e uso de serviços preventivos)³.

A terminologia para definir a adesão a tratamentos suscita polêmica, principalmente na língua inglesa, em que *compliance* e *adherence*, têm significados diferentes. *Compliance* pode ser traduzido como obediência, pressupondo um papel passivo do indivíduo e uma relação de poder do profissional de saúde sobre o mesmo. E *adherence* como o termo utilizado para adotarem uma escolha livre das pessoas de seguir ou não certas recomendações. Assim, o indivíduo passa a ser entendido como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre o seu tratamento ou não^{3,30}. No Brasil, o termo adesão é utilizado pelos profissionais de saúde ao refletir o cotidiano de toda a população submetida a algum tipo de tratamento.

Mais recentemente, surge o termo adesão parcial, que se refere às situações em que o indivíduo não manifesta a adesão total ao tratamento instituído. A adesão parcial pode ser intencional, mais comum na fase aguda da doença, e a não intencional, presente frequentemente em idosos e crianças, causada por esquecimento, confusão nos esquemas de tratamento, rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens³³.

Estima-se que a adesão a terapias em países desenvolvidos, corresponda a aproximadamente 50% e pode ser ainda muito menor em países em desenvolvimento, em face ao baixo acesso a serviços de saúde pela população em geral. A baixa adesão a tratamentos longos, como é o caso do diabetes, compromete a efetividade dos mesmos, tornando-se um problema crítico para a saúde da população, levando à diminuição da qualidade de vida³⁴.

Vários modelos ou teorias buscam explicar a adesão ao regime terapêutico em doenças crônicas, tentando identificar os fatores determinantes da disposição para adesão às recomendações dos profissionais de saúde. Assim, a adesão pode ser explicada por cinco correntes teóricas^{31,33}:

- Modelo Biomédico: o indivíduo é visto como “cumpridor” passivo das prescrições médicas com base no diagnóstico e terapêutica. Este modelo impulsionou o uso de medidas diretas como valores bioquímicos para avaliar a adesão;
- Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social: enfocam os estímulos positivos e negativos como aspectos que desencadeiam o comportamento de adesão, às recompensas que o reforçam, e à sua automatização após repetição suficiente;
- Abordagem comunicacional: enfatiza a educação dos indivíduos e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde. Neste aspecto, abrange seis fatores: a) produção da mensagem, incluindo informação sobre objetivos específicos e o modo de alcançá-los, b) recepção da mensagem pelo público alvo, c) compreensão da mensagem, d) retenção da mensagem, e) aceitação ou crença no

conteúdo da mensagem, f) ação de adesão como facilitadora do seguimento terapêutico;

- Teoria da crença racional: pressupõe que o comportamento humano é um processo de pensamento lógico e objetivo, sendo a informação a motivadora para a mudança de comportamento. Assim, o conhecimento insuficiente sobre os benefícios ou desvantagens de se envolver ou não no tratamento prescrito, pode interferir no processo de adesão, visto através da relação custo-benefício;
- Teoria dos sistemas: o indivíduo age de forma ativa para resolver os seus problemas, através do comportamento que reflete a tentativa de anular ou minimizar a diferença entre o estado atual e o ideal. Neste sentido, as representações cognitivas que o indivíduo tem sobre a sua saúde, expectativas, projeções sobre o seu estado, planos e técnicas podem influenciar no seguimento terapêutico.

Visto a complexidade do processo de adesão, um novo modelo foi proposto por Kristeller e Rodin em 1984³⁵, sob uma perspectiva desenvolvimental capaz de integrar várias teorias de cada um dos modelos anteriormente citados. Nesta concepção o indivíduo é capaz de aprender a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir praticamente total autonomia, desenvolvendo o sentido de auto-participação e autocuidado através de três estágios, a saber:

- 1) Concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde e sob uma boa supervisão;
- 2) Adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte;
- 3) Manutenção quando já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

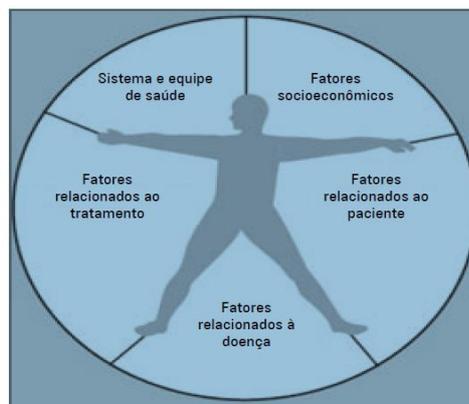
Todas as teorias e modelos explicativos do processo de adesão possuem aspectos positivos e negativos dificultando uma solução definitiva para este grave impasse ao sucesso terapêutico. Fato este que se deve, possivelmente, ao número elevado de fatores implicadores que interferem na decisão pessoal de seguir ou não o tratamento. Neste sentido, diversas variáveis têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão às terapias de saúde, diferenciando-se quanto ao enfoque.

Como resultado de uma revisão qualitativa de artigos sobre o fenômeno da adesão em idosos, encontraram-se os seguintes fatores: externos, como acesso aos medicamentos,

características da doença e do tratamento; relacionais, como apoio social e a relação profissional de saúde-paciente; e internos ao paciente, como dados sociodemográficos, fatores psicológicos, lócus de controle e crenças relativas à saúde³.

Ainda com enfoque semelhante, a OMS³¹ através da *Adherence to long-term therapies*, incluindo o diabetes, estabeleceu que a adesão é um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões, relacionando-se aos seguintes fatores: socioecômicos, terapia, paciente, doença, equipe e sistema de saúde (Figura 2).

Figura 2 – As cinco dimensões da adesão terapêutica



Fonte: WHO³¹ – *Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo*

Entre os diversos fatores mencionados na literatura, destaca-se o acesso a medicamentos. No Brasil, a disponibilidade da assistência farmacêutica nem sempre é completa, ou seja, os indivíduos não têm acesso aos medicamentos ou o tem de forma limitada. A não garantia da disponibilidade de todos os remédios e insumos, insulina e seringas, associado aos custos financeiros para aquisição, dificultam mais ainda o seguimento da terapêutica prescrita^{30,36}.

A população idosa, em decorrência de alterações fisiológicas, é o segmento de maior consumo de medicamentos, porém a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido. Deficiência cognitiva e visual comuns nos idosos pode dificultar o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições. Sendo, portanto, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento, bem como o esquecimento senescente benigno, ou de processos patológicos, como nas diversas formas de demência, é um dos fatores que podem concorrer para uma baixa adesão^{37,38}.

Baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de um sistema social efetivo, instáveis condições de moradia, longa distância da unidade de saúde, custo do transporte são importantes fatores de risco para a baixa adesão³¹.

Outro fator citado na literatura é a característica da própria doença. No que diz respeito ao diabetes, a história natural prolongada (cronicidade), multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, possibilidade de evolução para complicações, necessidade de tratamento para toda vida e hábitos de vida a serem modificados podem estar relacionados com a percepção do indivíduo sobre a própria doença e tratamento, refletindo sobre a adesão³⁶.

O relacionamento profissional-paciente é considerado de extrema importância para a adesão ao tratamento. Preconiza-se a existência de uma aliança terapêutica com base na confiança, e na amizade, na qual é reconhecida não apenas a responsabilidade de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos (direto ou indiretamente)³⁹.

Considerando que o tema da adesão é relevante para a prática clínica de enfermagem, o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente constitui uma forma de intervenção à saúde, que pode contribuir para a compreensão das respostas dos indivíduos ao diabetes, de como as relações de saúde são vivenciadas e subsidiar a identificação de intervenções mais efetivas capazes de melhorar a adesão do paciente ao tratamento e, por conseguinte, prevenir complicações⁴⁰.

Enquanto um bom relacionamento profissional-paciente contribui para elevar a adesão do indivíduo ao tratamento³, outros fatores relacionados à equipe e ao serviço de saúde podem trazer um efeito negativo, como falta de conhecimento e treinamento no controle de doenças crônicas, fraca capacidade do sistema de saúde em orientar e prover seguimento aos pacientes, falta de conhecimento sobre a adesão terapêutica e intervenções efetivas para melhorar a baixa adesão³¹.

Ainda no âmbito do suporte de apoio da rede social, além da equipe de saúde, a família é fundamental na busca do equilíbrio e adaptação do idoso ao novo estilo de vida. O problema da falta de aderência aumenta com o avançar da idade, uma vez que a deterioração da saúde impõe uma dependência funcional em relação aos familiares⁴¹.

Neste cenário, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) na tentativa de resolução do problema instalado de forma adequada. Os indivíduos

são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes⁴².

Além dos fatores mencionados existem os relacionados ao paciente, representados pelo conhecimento e atitude para o autocuidado, a aceitação, motivação e às crenças de saúde que permeiam o conviver do indivíduo com a doença crônica e podem influenciar na sua adesão ao tratamento prescrito^{3,31,36}.

O autocuidado para o seguimento terapêutico possibilita reconhecer o indivíduo diabético como um aliado na luta pela promoção da saúde. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados⁴³.

Nesta perspectiva, Dorothea Orem destaca o enfoque educacional para as ações de enfermagem através do sistema apoio-educação a partir dos déficits de autocuidado. O sistema apoio-educação é baseado na necessidade do cliente e se refere às orientações fornecidas sobre determinada temática. A promoção do autocuidado ocorre através do diálogo, interlocução, interdependência e co-responsabilização entre os sujeitos envolvidos, possibilitando ao indivíduo executar ou aprender a executar o seguimento do tratamento^{44,45}.

2.3 Enfermagem, Educação em Saúde e Diabetes

A Enfermagem tem na ação educativa, um de seus principais eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização de práticas de cuidado, com uma preocupação para o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilização dos sujeitos e grupos sociais no cuidado com sua saúde. Assim, faz-se necessário pensar e planejar de forma colaborativa com a equipe de saúde e indivíduos diabéticos, soluções concretas que possam contribuir para o enfrentamento de situações inerentes à doença, bem como a sua prevenção⁴⁶.

A importância da atuação do profissional de enfermagem no trabalho de educar pessoas para o autocuidado é reconhecida universalmente. Horta⁴⁷ referindo-se a enfermagem, afirma:

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de sua necessidade básica, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

No entanto, os conceitos e propósitos da educação em saúde, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população, adaptando-se conforme as mudanças de paradigma que ocorreram na sociedade, obedecendo a propósitos ideológicos, políticos e econômicos.

No começo do século XX, surge a educação sanitária no Brasil com foco no combate às doenças infecto-contagiosas através do modelo campanhista com a difusão das noções de higiene individuais e a prevenção das epidemias por meio de uma abordagem biologistica e mecanicista⁴⁸. O modelo de educação vigente era o tradicional (bancário) entendido como uma transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica do profissional de saúde para o indivíduo desprovido de saber e responsável pela a sua saúde, definida como a ausência de doença.

No modelo biomédico, extremamente oneroso para o Estado, as práticas educativas não traziam os benefícios esperados, já que não incluíam os determinantes sociais e econômicos no processo saúde-doença. Com o Relatório Lalonde (1974) e a Conferência de Alma-Ata (1978), na década de 70, a prevenção e a educação com vistas à mudança de comportamento e de estilo de vida, são adotadas como prioridades, envolvendo e fomentando a responsabilidade dos diferentes setores de governo sobre a importância do modelo de promoção da saúde⁴⁹.

De acordo com a Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986, no Canadá, a Promoção da Saúde é o processo de capacitação e de fortalecimento (*empowerment*) das populações para melhorar suas condições de saúde, aumentar o seu controle sobre as mesmas e melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde⁵⁰.

A Promoção da Saúde como estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde⁵¹. Neste sentido, a educação em saúde subsidia a formação da cidadania e transformação da sociedade através de uma abordagem dialógica e emancipatória.

A prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes envolve aspectos de natureza pedagógica e metodológica inspirados na proposta pedagógica de Paulo Freire através de abordagem construtivista da aprendizagem. Para este autor, o objetivo da educação em saúde, por sua vez, não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A estratégia valorizada é a comunicação dialógica, que visa à construção de um

saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde⁵².

Esta concepção de educação em saúde baseia-se no enfoque crítico, o que implica no reconhecimento do caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Busca-se romper com o modelo normatizador, propondo um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências.

Na educação dialógica pressupõe-se a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor de informações. Isso implica no respeito ao universo cultural dos participantes, e principalmente na idéia de saberes, popular e científico pensados de forma dinâmica. Entende-se que em um processo contínuo de interação, postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro, dá-se a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas⁵³.

Tendo em vista a cronicidade do diabetes, a educação em saúde implica em capacitar os portadores desta doença a problematizar sobre a sua condição, desencorajando a acomodação e estimulando sempre a opção, visando à mudança de uma realidade passível de ser mudada por eles⁵⁴. Neste sentido, as ações de educação, busca entre outras coisas, a incorporação de hábitos que permitam não só o controle metabólico, mas também a aquisição de condições psicológicas e sociais para a adoção de um estilo de vida próprio da condição de pessoa diabética³⁶.

A educação para o autocuidado em diabetes, com destaque para o empoderamento ou *empowerment* é imprescindível para o controle da doença e prevenção de complicações. Trata-se de um processo contínuo com base na responsabilização e autonomia dos indivíduos na incorporação das necessidades, objetivos e experiências de vida, visando subsidiar a tomada de decisões cotidianas, o autocuidado e a resolução dos problemas^{55,56}.

A adesão ao tratamento do diabetes perpassa a subjetividade, sendo necessário rever conceitos com relação à proposta teórico-metodológica que orienta a prática educativa, ao considerar questões psicossociais, afetivas e culturais as quais influenciam o pensar e agir dos indivíduos com vista às mudanças de comportamento e atitudes, para que eles possam ter qualidade de vida, independente da condição crônica de saúde.

3 CAPÍTULO 2 – MÉTODO

Neste capítulo será descrito o método utilizado nos dois artigos: “Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura” e “Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos na atenção primária de saúde”.

3.1 Primeiro Artigo: Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura

3.1.1 Escolha da abordagem

Este estudo é uma revisão integrativa, que tem como objetivo a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos¹⁰.

Esse método científico, inicialmente utilizado pela Medicina e hoje difundido para a Enfermagem, constitui um instrumento para a Prática Baseada em Evidências (PBE) voltado ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência.

Existem diversos modelos de revisões, sendo fundamental diferenciá-los. A meta-análise é um método de revisão que reúne os resultados de diversos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. Na revisão sistemática, a síntese rigorosa ocorre através da busca e seleção de todas as pesquisas relacionadas a uma temática específica, com enfoque primordial em estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Já, na revisão integrativa a abordagem metodológica é mais ampla, combinando dados teóricos e empíricos para uma compreensão completa do fenômeno analisado⁵⁷.

O enfermeiro na sua prática é constantemente desafiado na busca de novos conhecimentos para melhoria da assistência prestada. Neste sentido, a utilização da revisão integrativa permite uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática e o emprego dos resultados de pesquisas na área de enfermagem. Além disso, auxilia aos profissionais que têm

dificuldade de acesso a todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto de pesquisas e a análise crítica dos estudos⁵⁸.

3.1.2 Etapas percorridas para a construção da revisão integrativa

A presente revisão foi elaborada no mês de julho de 2010, durante a realização da disciplina Educação em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal de Pernambuco. Para o desenvolvimento da revisão foram percorridas seis etapas⁵⁹, que serão descritas a seguir. A primeira etapa foi a definição do tema, estabelecimento do objetivo e elaboração da seguinte pergunta: Como estão sendo desenvolvidas as práticas educativas para os diabéticos?

Na segunda etapa, foram definidas as bases de dados eletrônicas para a realização da pesquisa, sendo estas de uso comum em revisões na área de saúde, como: Lilacs (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), Comprehensive Medline (Medical Literature end Retrieval System on Line), Ibecs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) e Bdenf (Base de Dados em Enfermagem). Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores padronizados pelo MESH (Medical Subject Heading) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: educação em saúde e diabetes mellitus. Delimitado os descritores do assunto, utilizou-se como critério inicial de seleção dos trabalhos a disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, resultando no total de 350 artigos. Entre estes, encontravam-se artigos de periódicos, livros, documentos ministeriais, anais de congresso, teses e outros.

Em seguida, nessa mesma etapa, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos e resumos a fim de verificar a adequação aos seguintes critérios de inclusão: publicações em português, inglês e espanhol, no período compreendido entre 1999 a 2009, dos quais os resumos descrevessem o desenvolvimento de práticas educativas para os diabéticos e cujos dados fossem coletados no Brasil, objetivando a análise da nossa realidade. Descartaram-se os artigos relacionados à educação formal técnica/acadêmica; artigos bibliográficos; estudos de validação de instrumentos/escalas; artigos que avaliavam apenas o nível de conhecimento dos diabéticos e teses pelo curto espaço de tempo para a leitura.

Obtiveram-se 41 estudos, em seguida, procedeu-se à leitura exploratória de cada artigo pré-selecionado e foram excluídos os trabalhos repetidos em uma ou mais base de dados, sendo 3 artigos do LILACS, 3 no Medline e 4 no BDENF, bem como os artigos que apesar de conter o descritor educação em saúde não descreviam o desenvolvimento ou avaliação de práticas educativas, sendo portanto, considerado critério de exclusão. Ao final, foram selecionados 13 trabalhos.

A terceira etapa correspondeu à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados com o objetivo de organizar o conhecimento obtido, sendo elaborado instrumento de coleta de dados (Apêndice A) contendo: título do artigo, periódico, ano, idioma, autores/formação, objetivo, características metodológicas, resultados e recomendações/conclusões.

Na quarta etapa foi realizada a avaliação dos estudos selecionados, equivalente à análise de dados de uma pesquisa convencional. Para isto, dois instrumentos foram utilizados: o primeiro (Anexo A) adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)⁶⁰ – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “Public Health Resource Unit” – PHRU, que consiste em uma etapa da revisão sistemática e foi elaborado pela Universidade de Oxford, em 1993. Optou-se por este instrumento por ser de fácil acesso e compreensão, principalmente para pesquisadores iniciantes neste tipo de metodologia, servindo de alternativa para avaliar a qualidade dos estudos quantitativos e qualitativos.

O instrumento é composto por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa.

Os estudos foram classificados de acordo com as seguintes pontuações: 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e mínima de 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Neste estudo, optou-se por utilizar apenas os artigos classificados de 6 a 10 pontos, como uma forma de diminuir os possíveis vieses.

Já o segundo instrumento (Anexo B) utilizado foi a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos, citado por Stillwell et al⁶¹, o qual contempla os seguintes níveis: I) revisão sistemática ou metá análise; II) ensaios clínicos randomizados; III) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) único estudo descritivo ou qualitativo; 7)

opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades. Ao final da análise destes dois instrumentos, totalizaram-se 8 artigos.

A quinta etapa contemplou a interpretação e a síntese dos principais achados, apresentados de acordo com o público-alvo, local de realização das práticas, embasamento teórico, recurso pedagógico e a identificação dos benefícios das práticas educativas para o indivíduo e para o profissional de saúde⁶². A discussão dos dados foi feita de forma descritiva e comparativa com a literatura pertinente, visando à avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, bem como, a identificação de lacunas do conhecimento relacionadas à temática.

Na sexta etapa, foi realizada a apresentação da revisão, no formato de artigo, contendo as etapas percorridas para a construção do estudo e a descrição dos principais achados encontrados na análise dos artigos inclusos.

3.2 Segundo artigo: Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos na atenção primária de saúde

3.2.1 Escolha da abordagem

O estudo foi do tipo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. As investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de estudar a distribuição de um evento, em determinada população, em termos quantitativos, sugerindo possíveis fatores associados ao evento de interesse, além de servirem como base para formulações de hipóteses para pesquisas sobre o assunto⁶³.

Os estudos de corte transversal ou seccionais produzem “instantâneos” da situação de saúde da população investigada. Esses instantâneos são produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada, podendo ser classificado como individuado-observacional-seccional⁶⁴.

Como desvantagens são referidas a vulnerabilidade a vieses, em especial *bias* de seleção e de prevalência e seu baixo poder analítico, o que impede que seja testada a hipótese de causalidade, na grande maioria dos estudos em que esse desenho é utilizado, limitando-se apenas a testar hipóteses de associação⁶⁴.

A abordagem quantitativa usa o raciocínio dedutivo para gerar idéias que são testadas no mundo real, no qual o pesquisador se movimenta de modo sistemático, partindo do

problema à sua solução. Permite também reunir informações além de buscar especificidade entre a situação de pesquisa e o grau em que os resultados da pesquisa podem ser generalizados¹⁰.

3.2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI/UFPE, inaugurado em 17 de dezembro de 1999, iniciando suas atividades em janeiro de 2000. Encontra-se regulamentado conforme Portaria Normativa nº 04 de 31 de março de 2004 (Boletim Oficial - UFPE) e subordinado administrativamente ao Programa do Idoso – PROIDOSO da Pró-Reitoria de Extensão da UFPE.

O serviço gerontogeriátrico tem por missão a promoção e o incentivo de ações para melhoria das condições de saúde da população idosa, considerando os recursos assistenciais disponíveis e o trabalho em equipe multidisciplinar nas áreas de atendimento ambulatorial atualmente constituídas: Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Ainda neste serviço, também são realizados atendimentos em grupos, por meio de oficinas temáticas, com vistas à promoção/recuperação da saúde e melhoria das condições de saúde integral dos idosos, com a orientação a familiares e cuidadores. Nesse sentido, o NAI é um espaço de práticas que contribui para a formação discente e capacitação de recursos humanos na atenção à saúde do idoso.

3.2.3 População do estudo

A população deste estudo foi constituída por pessoas idosas, com diagnóstico de diabetes, de ambos os sexos, assistidas pelo NAI/UFPE no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010, totalizando em 244 idosos diabéticos.

3.2.4 Seleção da amostra

A amostra utilizada foi do tipo censitária, ou seja, todos os idosos diabéticos atendidos no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010 foram inclusos na pesquisa. A opção por este tipo de amostragem justifica-se pelo tamanho da população estudada, indivíduos vulneráveis e a busca pela representatividade através do nível de significância para as

pesquisas na área da saúde. No entanto, devido às perdas em decorrência de óbitos (12), recusa (16) e registro incorreto do endereço e/ou número do telefone no prontuário (34), a amostra final correspondeu a 150 idosos diabéticos.

3.2.5 Critérios de inclusão

- Indivíduos com idade mínima de 60 anos, condição que define pessoa idosa segundo a Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei nº 8.842/94, em seu art. 2º, definindo como corte etário idade equivalente ou superior a 60 anos (BRASIL, 1998), com diagnóstico médico de diabetes explicitado no prontuário do NAI/UFPE;
- Participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

3.2.6 Critérios de exclusão

- Idosos com comprometimento de comunicação e/ou cognição que pudessem interferir na coleta dos dados primários durante a entrevista;
- Idosos com dificuldade de locomoção que restringisse o acesso ao serviço para a realização da entrevista.

3.2.7 Variáveis investigadas

DEPENDENTE: Adesão à terapêutica

Definida como integral na presença de resposta positiva às perguntas relacionadas ao uso de medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina) conforme prescrição médica (exceto os que não possuíam medicação prescrita para o diabetes), prática regular de exercícios físicos e controle alimentar conforme Diretrizes para o Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus¹⁸. A adesão parcial foi definida por resposta positiva em uma das perguntas (uso de medicamentos, atividade física regular e controle alimentar) e não adesão definida por resposta negativa nas três perguntas.

INDEPENDENTES

I. Socioeconômico e demográfico

- Sexo: categorizado em masculino e feminino;

- Idade: em anos completos, agrupados por faixa etária - 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos a mais;
- Situação conjugal: casado(a) ou em união consensual, solteiro(a) (nunca se casou ou morou com companheiro(a)), viúvo(a), separado/divorciado(a);
- Arranjo familiar: categorizado em mora sozinho, somente com o cônjuge, cônjuge e familiares;
- Escolaridade: categorizado em anos de estudo cursados com aprovação;
- Situação previdenciária: distribuída nas seguintes categorias - não aposentado(a), aposentado(a), pensionista, aposentado(a) e pensionista;
- Renda: considerado o rendimento mensal total do idoso distribuído nos seguintes intervalos
 - até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a quatro salários e mais de quatro salários;
- Contribuição do idoso para o sustento da casa.

III. Condições de saúde

- Saúde auto-referida: a percepção da própria saúde é um indicador que vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos voltados à população idosa. Neste estudo, a medida foi dicotomizada em excelente, muito boa, boa, regular e ruim;
- Tempo de diagnóstico do diabetes: autodeclarado a partir do momento do diagnóstico até o momento do dia da entrevista, expresso em anos completos, categorizados: menor que 5 anos de diagnóstico, 6-10 anos e acima de 11 anos;
- Tempo de tratamento: mensurado em anos;
- Medicamentos prescritos pelo médico utilizados para o diabetes: categorizado em hipoglicemiante oral, insulina, hipoglicemiante oral e insulina;
- Meio de aquisição da medicação: categorizado em assistência farmacêutica/SUS e recursos próprios;
- Presença de efeito colateral: categorizada em respostas afirmativa e negativa;
- Percepção quanto ao uso diário de medicamento oral ou aplicação de insulina: categorizada em bom, indiferente e ruim/péssimo;
- Uso de chás antidiabéticos em substituição aos medicamentos: categorizada em respostas afirmativa e negativa.

Ressalta-se que nos últimos seis itens acima citados, foram inclusos apenas os idosos diabéticos que tinham medicação prescrita para o controle da doença.

IV. Percepção da doença

- Conhecimento sobre a cronicidade da doença: categorizada em respostas afirmativa ou negativa;
- Conhecimento sobre os tipos de tratamento: o tratamento para o diabetes mellitus pode ser medicamentoso (uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina) e/ou não medicamentoso (seguimento da dieta e prática regular de exercícios físicos)¹⁸. Neste estudo, o conhecimento sobre os tipos de tratamento foi categorizado em nenhum, básico (medicação ou dieta ou exercício físico), moderado (medicação e dieta ou medicação e exercício físico ou dieta e exercício físico), avançado (medicação, dieta e exercício físico).
- Percepção sobre a ocorrência de complicações;
- Crenças no uso dos medicamentos para o controle da doença; seguimento da dieta e prática da atividade física; mensuração do nível glicêmico e mudanças na rotina de vida com o tratamento: categorizadas em respostas afirmativas ou negativas;

V. Suporte Social

A) Apoio Familiar

O reconhecimento da dinâmica de funcionamento familiar permite a detecção de disfunções e possibilita a intervenção precoce na busca do reequilíbrio dessa estrutura de relações e na melhoria da qualidade assistencial prestada ao idoso. Neste estudo esta variável foi mensurada através do APGAR da Família, instrumento proposto e validado pelo Ministério da Saúde⁴², que é dividido em duas partes:

1ª Parte: Satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor. Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes;

2ª Parte: Utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias. É composto por dois itens, um relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem sós.

Devido à dificuldade de categorização dos pontos vulneráveis visto ao quantitativo de pessoas que co-habitavam com o idoso, neste estudo foi utilizado apenas a 1ª parte do APGAR da Família, atendendo desta forma aos objetivos propostos para a pesquisa, restando os dados da 2ª parte a serem explorados em estudos futuros.

B) Relação Profissional/Equipe de Saúde – Paciente

- Confiança no médico e na equipe multiprofissional do NAI: categorizada em respostas afirmativa ou negativa;
- Entendimento das explicações sobre o diabetes: categorizada em respostas afirmativa, negativa e não recebe explicações sobre o diabetes;
- Esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento no momento da consulta: categorizada em respostas afirmativa ou negativa;
- Profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento: categorizado em médico, enfermeiro, nutricionista, agente comunitário de saúde (ACS) e não recebe orientações sobre o tratamento.
- Participação em grupos de diabetes: categorizada em nunca ter participado e participou.

3.2.8 Coleta de Dados

A coleta de dados da pesquisa ocorreu nos meses de fevereiro a setembro de 2011 e foi realizada pela pesquisadora e duas acadêmicas, bolsistas do Programa de Iniciação Científica, sendo uma do curso de enfermagem e a outra do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

Inicialmente foi realizado o levantamento dos prontuários de todos os idosos cadastrados no NAI/UFPE para identificação dos idosos diabéticos assistidos no serviço durante o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Após a identificação da população, foi agendada, através de contato por telefone, uma entrevista dando-se preferência a data e horário que coincidisse com outros atendimentos agendados pelos mesmos, no serviço.

O roteiro de entrevista estruturado (Apêndice B) utilizado foi composto por questões fechadas, organizados em blocos por conjuntos temáticos, o qual incluiu dados de identificação, adesão a terapêutica, fatores socioeconômicos e demográficos, condições de saúde, percepção da doença e suporte social.

Antecedendo a coleta de dados, os entrevistadores receberam treinamento durante o mês de fevereiro de 2011, contando com aulas expositivas, discussão do roteiro de entrevista e práticas de campo no local da coleta dos dados.

O estudo-piloto foi aplicado a 21 idosos diabéticos, aproximadamente 10% da amostra, para a identificação das necessidades de possíveis ajustes no instrumento de coleta. Constatada a adequação, o instrumento não foi alterado e os idosos foram incluídos na amostra

final. Nesta ocasião além de testar o instrumento da coleta de dados, foi colocada em prática a logística do trabalho de campo, a fim de verificar a exequibilidade.

A aplicação do roteiro de entrevista foi precedida por um momento de apresentação pessoal e encaminhamento do idoso diabético, individualmente, a uma sala específica no NAI/UFPE, visando minimizar possível constrangimento no momento da coleta. Em seguida, era entregue e realizada a leitura compassada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), com orientações sobre os objetivos, procedimentos operacionais, garantia de preservação do anonimato e continuidade do atendimento em caso de recusa à participação. Aos idosos que concordaram em participar do estudo, era solicitada a assinatura ou impressão digital no documento.

Os dados coletados pelos entrevistadores eram revisados e codificados pela pesquisadora, visando detectar falhas no preenchimento ou outro motivo que exigisse o retorno do idoso ao serviço para complementar dados, caso necessário.

3.2.9 Análise dos Dados

Após a coleta, foi construído um banco de dados utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 17.0. Este software também foi utilizado para a análise quantitativa das informações, mediante processo sistematizado em base estatística.

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial. As técnicas de estatística descritiva envolveram a obtenção de distribuições absolutas bivariadas. As técnicas de estatística inferencial^{65,66} envolveram a utilização do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para o teste Qui-quadrado não foram verificadas.

Para estimar a associação entre a adesão terapêutica e as variáveis independentes foi ajustado um modelo de regressão logística multinomial, o qual permite que a variável categórica dependente apresente mais de duas categorias⁶⁷.

O modelo multinomial foi realizado através do procedimento de seleção das variáveis com até 20,0% ($p < 0,20$) de significância na análise bivariada, as quais foram examinadas conjuntamente e mantidas as variáveis com significância até 5% ($p < 0,05$). Em seguida, foram obtidas as estimativas da Razão de Chances (*Odds Ratio*) e os respectivos Intervalos de

Confiança (IC) para cada variável estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). O teste da razão da verossimilhança foi realizado para avaliar a significância do modelo.

3.2.10 Riscos e Benefícios

A presente pesquisa pôde trazer riscos mínimos aos pesquisados, como o possível constrangimento durante a realização da entrevista. No entanto, a recusa à participação na pesquisa não trouxe nenhum prejuízo aos idosos diabéticos nos atendimentos por parte do serviço.

Quanto aos benefícios, os resultados poderão trazer melhorias da qualidade de vida do idoso diabético assistido na atenção primária de saúde. Além disso, quanto ao benefício imediato, durante o preenchimento do roteiro de entrevista, o idoso diabético pôde esclarecer suas dúvidas sobre a adesão terapêutica.

O incentivo à pesquisa de alunos graduandos também foi contemplado na realização deste estudo, oportunizando a ampliação do conhecimento sobre a temática e uma formação mais completa com foco na docência e pós-graduação. Neste sentido, este estudo originou dois Projetos de Iniciação Científica (PIBIC) intitulados: Perfil do idoso diabético em relação à adesão terapêutica, submetido e aprovado pela Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE); Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos, submetido e aprovado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ) – UFPE.

3.2.11 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob a CAAE – 0485.0.172.000-10 (Anexo C). Além desta, ressalta-se que a pesquisa só teve início também com a anuência da direção do NAI/UFPE (Anexo D) disponibilizando o serviço para realização da pesquisa. Aos participantes do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme a Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos por considerar sua dignidade e sua vulnerabilidade⁶⁸.

4 CAPÍTULO 3 - ARTIGO DE REVISÃO

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

Anna Karla de Oliveira Tito Borba²

Ana Paula de Oliveira Marques³

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar a produção científica multiprofissional sobre as práticas educativas para indivíduos diabéticos disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature end Retrieval System on Line* (Medline), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), no período de 1999 a 2009. Os achados mostram que as práticas educativas desenvolvidas para os diabéticos são desenvolvidas principalmente para adultos e idosos de até 70 anos, com temáticas que refletem o cotidiano do viver com diabetes, difundidas principalmente através de grupos, trazendo benefícios para o diabético e o profissional de saúde. Visualiza-se o processo de mudança do paradigma da educação tradicional para a problematizadora e dialógica com vistas à promoção da saúde.

Descritores: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Diabetes Mellitus.

¹Artigo apresentado conforme normas da Revista Gaúcha de Enfermagem (ANEXO C).

²Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Enfermagem em Nefrologia pelo Programa de Residência em Enfermagem da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Rua Dr. José Maria, 900. Apt 2401. Torre B. Rosarinho. Recife – PE. Cep: 52051-000. E-mail: anninhatito@hotmail.com.

³Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Coordenadora do Programa do Idoso - PROIDOSO e da Universidade Aberta à Terceira Idade - UnATI /UFPE.

RESUMEN

Se trata de una revisión integradora de la literatura que tiene por objetivo identificar la producción científica en la práctica educativa multidisciplinar para los diabéticos disponibles en bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs) y Base de Datos de Enfermería (BDENF) en el período 1999 a 2009. Los resultados muestran que las prácticas educativas desarrolladas para los diabéticos principalmente adultos y ancianos de hasta 70 años, con temas que reflejan la vida cotidiana con la diabetes, se propaga principalmente a través de grupos, trayendo beneficios para los diabéticos y el profesional de la salud. Visualizar el proceso de cambiar el paradigma de la educación tradicional y para la dialógico con miras a promover la salud.

Descriptores: Educación para la Salud. Promoción de la Salud. la Diabetes Mellitus.

Título: Prácticas Educativas en la Diabetes Mellitus: revisión integradora de la literatura

ABSTRACT

This study deals with an integrative literature review aimed to identify the scientific production on multidisciplinary educational practices for diabetics available in databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Spanish Bibliographic Index on Health Sciences (Ibecs) and Nursing Database (BDENF), in the period 1999 to 2009. The findings show that the educational practices developed for diabetics are developed mainly for adults and seniors up to 70 years, with themes that reflect the everyday living with diabetes, spread mainly through groups, bringing benefits for the diabetic and the health's professional. Visualize the process of changing the paradigm of traditional education and for problem-dialogue with a view to promoting health.

Descriptors: Health Education. Health Promotion. Diabetes Mellitus.

Title: Educational Practice in Diabetes Mellitus: integrative review of literature

INTRODUÇÃO

A Educação Sanitária surge no Brasil no começo do século XX para combater as epidemias de doenças infecto-contagiosas através das campanhas sanitárias com uma abordagem biologista e mecanicista⁽¹⁾. Desde a década de 70, através do Relatório Lalonde (1974) e da Conferência de Alma-Ata (1978), reafirma-se a priorização das medidas preventivas e educativas que trabalhem com mudanças comportamentais e de estilo de vida⁽²⁾.

A Promoção da Saúde é viabilizada pela Educação em Saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social e busca da melhoria da qualidade de vida⁽³⁾. A prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o saber popular, o estímulo e respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população⁽⁴⁾.

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas. Entre elas, destaca-se o Diabetes Mellitus que conforme as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025⁽⁵⁾.

A prática educativa, como parte integrante do cuidado de Enfermagem, visa à construção de um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença-cuidado que possibilite a construção e o fortalecimento da cumplicidade na busca de proteção aos indivíduos, assegurando-lhes o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde⁽⁶⁾.

O diabetes mellitus por ser uma doença altamente incapacitante para a realização das atividades diárias e produtivas tem motivado a busca de enfoques e metodologias que

favoreçam uma visão real do problema, principalmente no que diz respeito aos fatores relacionados as práticas de autocuidado do indivíduo no contexto familiar e comunitário, para que se possa prestar o cuidado adequado de acordo com as suas necessidades.

A Prática Baseada em Evidências é um meio utilizado na busca de conhecimentos para melhor prover a assistência ao indivíduo. Tem como propósito encorajar a utilização de resultados de pesquisas junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica⁽⁷⁾. Através desta metodologia, o enfermeiro pode planejar práticas educativas de acordo com as reais necessidades do diabético, o que contribui para a melhoria da sua assistência.

Na tentativa de contribuir para a ampliação do conhecimento das ações na saúde, este estudo buscou identificar a produção científica multiprofissional no período de 1999 a 2009 sobre as práticas educativas para indivíduos diabéticos.

A relevância deste trabalho está em constituir uma oportunidade para a identificação das práticas educativas até então desenvolvidas aos diabéticos no Brasil, refletindo a nossa realidade nos diversos níveis de atenção a saúde e um pensar crítico da atuação do profissional de saúde frente a esta clientela.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, considerada um método de estudo que possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽⁸⁾. Para o desenvolvimento da presente revisão foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora; seleção dos artigos e critérios de inclusão; extração e avaliação dos estudos incluídos; interpretações dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁽⁹⁾.

Para orientar a pesquisa, elaborou-se a seguinte pergunta: Como estão sendo desenvolvidas as práticas educativas para os diabéticos?

A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2010 e foram utilizadas na seleção dos artigos as seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature end Retrieval System on Line* (Medline), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): educação em saúde e diabetes mellitus. Delimitado os descritores do assunto, utilizou-se como critério inicial de seleção dos trabalhos a disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, resultando no total de 350 artigos. Entre estes, encontravam-se artigos de periódicos, livros, documentos ministeriais, anais de congresso, teses e outros.

Após a busca, para a seleção dos artigos realizou-se a leitura criteriosa dos títulos e resumos a fim de verificar a adequação aos seguintes critérios de inclusão: publicações em português, inglês e espanhol, no período compreendido entre 1999 a 2009, dos quais os resumos descrevessem o desenvolvimento de práticas educativas para os diabéticos e cujos dados fossem coletados no Brasil, objetivando a análise dos dados ajustados à nossa realidade. Foram excluídos os estudos relacionados à educação formal técnica; bibliográficos; estudos de validação de instrumentos/escalas; artigos que avaliavam apenas o conhecimento dos diabéticos e teses.

Obtiveram-se 41 estudos, em seguida, procedeu-se à leitura exploratória de cada artigo pré-selecionado e foram excluídos os trabalhos repetidos em uma ou mais base de dados, bem como os que não obedeciam aos critérios de inclusão. Ao final, foram selecionados 13 trabalhos.

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)⁽¹⁰⁾ – Programa de

habilidades em leitura crítica, integrante do “*Public Health Resource Unit*” (PHRU). O instrumento é composto por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa. Os estudos foram classificados de acordo com as seguintes pontuações: 06 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e mínima de 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Neste estudo, optou-se por utilizar apenas os artigos classificados de 6 a 10 pontos.

Já o segundo instrumento utilizado correspondeu à Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos⁽¹¹⁾, o qual contempla os seguintes níveis: 1) revisão sistemática ou metá análise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) estudos descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades. Ao final da análise destes dois instrumentos, totalizaram-se 8 artigos.

Os artigos foram descritos de acordo com o público-alvo, local de realização das práticas, embasamento teórico, recurso pedagógico e a identificação dos benefícios das práticas educativas para o indivíduo e para o profissional de saúde⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Na Tabela 1, pode-se verificar os resultados encontrados a partir da busca pelos descritores conforme cada base de dados.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por bases de dados. Recife, PE, 2010.

Base de dados	Artigos			
	Encontrados	Pré-Selecionados	Excluídos	Analisados
LILACS	96	20	14	6
IBECS	8	1	1	0
MEDLINE	182	9	7	2
BDENF	64	11	11	0
Total	350	41	33	8

A base de dados que recuperou o maior número de publicações foi a Medline (182), seguida pela LILACS (96), BDENF (64) e IBECS (8). Apesar da base Medline recuperar o maior número de estudos, a base LILACS foi a que teve o maior número de estudos incluídos.

Por ser a maioria dos estudos procedentes dessa base o idioma português foi predominante, correspondendo a sete publicações. A prevalência de estudos brasileiros traduz a insuficiente publicação de nossos achados em periódicos estrangeiros, mas pode estar associado ao fato de que a maioria dos estudos seja oriunda da base de dados LILACS que abrange estudos da América Latina.

Um aspecto da estratégia de busca, que levou à exclusão de vários artigos em etapa posterior, diz respeito ao emprego do descritor educação em saúde. No entanto, a leitura na íntegra revelava que os mesmos não descreviam o desenvolvimento ou avaliação de práticas educativas. Além disso, algumas pesquisas selecionadas ainda constavam em mais de uma base de dados: LILACS (3), Medline (3), BDENF (4), considerado critério de exclusão.

Em relação ao tipo de revista, dois artigos foram publicados em revistas de enfermagem geral, um em revista médica e cinco foram publicados em revistas de outras áreas da saúde.

Quanto à autoria dos artigos incluídos, quatro são apenas de enfermeiros, um tem entre seus autores enfermeiros e médico, um foi redigido por enfermeiro, médico e psicólogo, um possui apenas fisioterapeuta e outro por fonoaudiólogo, médico e assistente social.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se, na amostra: cinco estudos descritivos ou qualitativos e três estudos de coortes. Dessa forma, em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontrou-se três com nível IV e cinco com nível de evidência VI.

No Quadro 1, apresenta-se a caracterização das atividades educativas desenvolvidas para os diabéticos no Brasil descrita nos artigos incluídos na revisão integrativa⁽¹³⁻²⁰⁾.

Variáveis	Caracterização das Atividades Educativas
Local	Comunidade, Posto de Saúde, Ambulatório, Hospital
Público-Alvo	Adolescente, Adulto, Idosos de até 83 anos e familiares
Embasamento Teórico	Concepções de Paulo Freire, Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, Teoria de Piaget e Vygostky
Recurso Pedagógico	Aulas expositivas e televisivas; atividades grupais (grupo focal, grupo de convivência, grupo de ajuda mútua, círculos de discussão, dinâmicas, jogos educativos, livre associação de figuras e fotografias, atividades práticas com o uso de bonecos e encenação teatral)
Temas	Fisiopatologia da doença, causas, sinais e sintomas, cuidados com os pés, atividade física, alimentação, medicação, percepções, medos, sentimentos, crenças, mitos, apoio psicológico e social
Benefícios - Diabético	Motivação, independência, autocuidado e controle metabólico
Benefícios - Profissional	Estabelecimento de laços de amizade, apoio, entrelaçamento entre a teoria e a prática com uma visão holística do indivíduo

Quadro 1 – Distribuição das variáveis e as respectivas características das atividades educativas. Recife, PE, 2010.

DISCUSSÃO

O apoio educacional pode ter um impacto positivo sobre o comportamento dos diabéticos mediante mudanças no estilo de vida e conseqüente equilíbrio metabólico, refletindo no controle da evolução da doença e na redução dos custos de atendimento à saúde.

Em relação ao objetivo, no tocante as práticas educativas desenvolvidas para os diabéticos no Brasil, observa-se que as práticas estão presentes em todos os níveis de atenção

e fases do ciclo de vida do indivíduo, com o uso de uma metodologia problematizadora que desperte a motivação e o autocuidado.

Neste contexto, a atividade educativa como estratégia de promoção da saúde concretiza-se nos diversos níveis de atenção à saúde, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde vinculados à atenção básica, escolas, creches, hospitais e outros locais, compreendendo as relações entre os sujeitos sociais que ocorrem em diferentes espaços com uma abordagem ativa do sujeito⁽²¹⁾.

No tocante ao público-alvo das atividades educativas, as fases adulta e idoso até 70 anos foram as mais apontadas dentro do ciclo vital. Um estudo, além de adultos, foi direcionado para adolescentes e apenas 2 estudos incluem, além do diabético, os familiares. Quanto a pessoas com idade superior a 80 anos, apenas 1 estudo foi encontrado na literatura pesquisada.

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito às doenças crônicas, porém nesta revisão pouco foi encontrado quanto às práticas educativas direcionadas para pessoas acima de 70 anos, servindo de reflexão sobre a promoção da saúde do envelhecimento na perspectiva das práticas saudáveis, objeto das ações educativas com idosos, como um meio para a manutenção da saúde e autonomia na velhice.

As ações educativas em saúde não determinam diretamente a interferência nos determinantes sociais do envelhecimento ativo, mas podem oferecer contribuição significativa ao expressarem vivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com os idosos os desafios nesta direção⁽²²⁾.

O processo educativo para o controle do diabetes necessita de estratégias integrativas baseadas no cotidiano do conviver com a doença e que estimulem a participação tanto do indivíduo como da sua família.

O cuidador leigo influi direta e indiretamente na assistência à saúde do ser enfermo, prestando cuidados diretos (por exemplo, cuidados com higiene pessoal), ou apoio indireto (simplesmente servindo de acompanhante ao doente). Cabe ao profissional de saúde, inserí-lo na sua práxis diária e envolvê-lo como parte integrante do seu cuidar, através da educação em saúde⁽²³⁾.

Entre os artigos encontrados, seis entre os oitos, tinha o enfermeiro como facilitador do processo educativo o que é intrínseco a sua prática profissional. No entanto, para a compreensão do cuidado, em todas as etapas do ciclo de vida do indivíduo, pressupõe-se um referencial teórico e filosófico e a compreensão da experiência de cuidado no contexto sócio-político, econômico e cultural em que ocorre, buscando a potencialização do diabético como cidadão.

Historicamente, a pauta que os profissionais de saúde vêm aplicando, em sua prática educativa, segue abordagens que se assemelham à metodologia pedagógica autoritária em que o educar em saúde acontece simplesmente com a transmissão de conhecimentos de forma verticalizada do educador em relação ao educando^(1,24).

A educação em saúde tradicional adquire nova configuração com os princípios de Paulo Freire mediante a problematização das situações vividas e implica em um retorno crítico a essas situações; no diálogo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar; com a liberdade de criar, de propor, o quê e como aprender; e com a conscientização, que é assumir uma posição crítica frente à realidade^(4,25).

Na Teoria do Autocuidado também se vislumbra a promoção da autonomia do sujeito, na medida em que o indivíduo participa da decisão, considerando seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação⁽²⁶⁾.

O cuidado na enfermagem é baseado em conhecimento técnico-científico, e no que diz respeito ao diabetes, chama a atenção para o olhar holístico deste indivíduo, num

entendimento profundo e significativo da doença, da diversidade dos contextos socioculturais que estão inseridos, a partir de uma perspectiva fundamentada na complexidade, e as bases teóricas norteiam o caminho da enfermagem, dando sustentação para uma prática mais humana.

Dos artigos avaliados, os temas explorados estavam centrados no cotidiano do viver com diabetes. Para a determinação das necessidades de saúde e de educação de uma população, faz-se necessário conhecer, observar, olhar e questionar a realidade concreta, abrindo espaços participativos para os relatos das vivências, experiências, expectativas e necessidades relacionadas ao ser diabético e a partir daí planejar com os sujeitos a temática.

Dessa forma, a educação problematizadora proporciona ao educador e ao educando, a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação social, possibilitando a ambos observar a realidade, refletir sobre ela e buscar os meios possíveis para modificá-la⁽⁴⁾.

No que diz respeito às estratégias educativas utilizadas, têm-se resquícios de aulas expositivas e televisivas, porém as atividades grupais foram as mais apontadas como recurso pedagógico das práticas educativas.

A convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes, como é o diabetes, ajuda os integrantes a quebrarem barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas⁽²⁷⁾.

As práticas educativas trazem como benefícios para o indivíduo diabético além do controle metabólico o suporte quanto aos aspectos psicológicos e relacionamento familiar. Já para o profissional de saúde, possibilita o entrelaçamento entre a teoria e a prática, com uma visão global do sujeito, como diabético, cidadão e ser humano.

Na compreensão freiriana, o profissional de saúde, como facilitador do processo educativo, deve mostrar-se atento aos temas que emergem dos indivíduos, estruturar-se no sentido de respeitar as crenças, sentimentos, cultura e conhecimentos. Intervir, quando necessário, a fim de colaborar para a apreensão de conhecimentos novos e resignificação dos já existentes, estimulando os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos a nível primário, secundário ou terciário da atenção a saúde^(6,28).

No entanto, faz-se necessário uma maior integração entre os membros da equipe que presta assistência ao diabético, o que respeita os preceitos da promoção da saúde proposto pela Carta de Ottawa, não basta apenas ser uma equipe multiprofissional, mas principalmente ser interdisciplinar, reconhecendo o indivíduo como corpo e mente indissociáveis, para que as ações sejam planejadas e desenvolvidas em conjunto, uma vez que o compartilhamento da responsabilidade terapêutica entre as várias categorias profissionais contribui para o seu maior sucesso.

Um instrumento que facilita o processo educativo é a comunicação com o paciente. A troca de saberes entre o científico e o senso comum através do diálogo participativo contribui para a formação do saber, aprender e ensinar. Além disso, apresenta-se como uma estratégia para reflexão e discussão das situações de saúde, levando à tomada de consciência, o que conduz a um melhor enfrentamento das situações vivenciadas.

A inserção de acadêmicos de graduação nas práticas educativas aos diabéticos também foi encontrada em alguns dos artigos pesquisados. A participação discente favorece a aquisição e o desenvolvimento do saber acadêmico vinculado ao contexto histórico, social, cultural e científico.

CONCLUSÕES

As práticas educativas para diabéticos descritas na literatura pesquisada e realizadas no Brasil pelos profissionais de saúde enfocam um processo de mudança do paradigma da educação tradicional, reflexo do modelo assistencial sanitarista, para o enfoque da educação problematizadora e dialógica com vistas à promoção da saúde.

Pode-se perceber que a maioria das práticas educativas é desenvolvida na atenção primária de saúde, envolvendo adultos de até 70 anos, com temáticas que refletem o cotidiano do viver com diabetes, difundidas principalmente através de grupos, trazendo inúmeros benefícios para o diabético e o profissional, principalmente a construção do autocuidado consciente e o controle metabólico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Os achados do presente estudo apontam a necessidade de pesquisas que direcionem as práticas educativas para os idosos acima de 70 anos, grupo de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, reflexo da transição demográfica e aumento da expectativa de vida. Além do segmento idoso, os familiares ainda são pouco envolvidos no processo educativo.

Destaca-se o papel do enfermeiro, integrado a equipe interdisciplinar que tem na educação em saúde o eixo norteador da sua assistência. No entanto, existe a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na prática educativa, a interdisciplinaridade para uma assistência integradora e a inserção de graduandos neste processo.

REFERÊNCIAS

1 Marjorie EDM. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4):773-6.

2 Arantes RC, Martins JL.A, Lima MF, Rocha RMN, Silva RC, Villela WV. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Rev. APS.* 2008;11(2):189-198.

- 3 Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*. 2007;31(3):320-8.
- 4 Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
- 5 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2010 Jun 20]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Diretrizes_SBD_2007.pdf.
- 6 Budó ML, Mattioni FC, Silva FM, Schimith MD. Health education towards the chronic disease bearer: implications with the social network. *Cienc Cuid Saude*. 2009;8(suplem.):142-7.
- 7 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.
- 8 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 9 Beya S, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. 1998;67(4):877-80.
- 10 Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.
- 11 Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: step by step. *Am J Nurs*. 2010;110(5): 41-7.
- 12 Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizado por enfermeiros no Brasil. *Rev.enferm. UERJ*. 2009; 17(2):273-7.
- 13 Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(1):60-70.
- 14 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.
- 15 Comiotto G, Martins JJ. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. *ACM Arq Catarin Med*. 2006;35(3):59-64.
- 16 Coelho MS, Silva DMGV. Grupo Educação-Apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Ciênc cuid saúde*. 2006;5(1):11-15.
- 17 Vechi AP, Santos AF, Scatolin BE, Rodrigues IC, Oliveira MP, Araújo RRDF. Uma prática alternativa de ensinar o portador de doença crônica. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(2):113-17.

- 18 Selli L, Papaléo LK, Meneghel SN, Torneros JZ. Técnicas educacionais en el tratamiento de la diabetes. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5):1366-72.
- 19 Osawa FH, Caromano FA. Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. 2002;6(3): 127-30.
- 20 Silva TR, Feldman C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saude soc*. 2006;15(3):180-189.
- 21 Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):117-121.
- 22 Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista de APS*. 2005;8(1):1-15.
- 23 Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Health Education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(2):337-343.
- 24 Penna CMM, Pinho LMO. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. *Rev. bras. Enferm*. 2002;55(1):7-12.
- 25 Vechi AP, Santos AF, Scatolin BE, Rodrigues IC, Oliveira MP, Araújo RRDF. Uma prática alternativa de ensinar o portador de doença crônica. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(2):113-17.
- 26 Orem D. *Nursing concepts of practice*. 5 ed. St Louis: Mosby Year Book; 1995.
- 27 Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1):105-11.
- 28 Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(2):147-53.

5 CAPÍTULO 4 - ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos na atenção primária de saúde⁴

Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care

Título resumido: Adesão terapêutica em idosos diabéticos

Anna Karla de Oliveira Borba Tito Borba⁵

Ana Paula de Oliveira Marques⁶

Vânia Pinheiro Ramos⁷

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos.

MÉTODOS: Estudo individuado-observacional-seccional com 150 idosos diabéticos, de ambos os sexos, cadastrados entre janeiro de 2006 a dezembro de 2010, em serviço gerontogeriátrico de natureza ambulatorial na cidade do Recife, PE. As informações foram coletadas por meio de entrevistas com roteiro estruturado composto pelas variáveis adesão terapêutica (uso de medicamento, atividade física e seguimento nutricional), socioeconômicas e demográficas, condições de saúde, percepção da doença e suporte social, a partir de amostra censitária. Na análise dos dados foram empregados o Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher e Regressão Logística Multinomial na análise ajustada.

RESULTADOS: Dos entrevistados, 27,3% referiram adesão integral a terapêutica para o controle do diabetes. Na análise bivariada o seguimento terapêutico esteve associado à autopercepção da saúde ($p < 0,038$), crenças no uso dos remédios para controlar o diabetes ($p < 0,001$), entendimento das explicações sobre o diabetes ($p < 0,005$) e profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento ($p < 0,028$). Após análise ajustada, apenas as crenças no medicamento para o controle do diabetes foi significativa ao comparar a não adesão com adesão integral (OR=9,65; IC95% 1,6;56,6) e não adesão com adesão parcial (OR=18,15; IC95% 3,5;95,4). A variável autopercepção de saúde regular obteve limiar de significância estatística ($p = 0,051$) em relação a não adesão versus adesão integral.

CONCLUSÕES: A adesão integral ao tratamento para o diabetes é baixa e está associada às crenças nas medicações utilizadas para o controle da doença. Faz-se necessário o desenvolvimento de práticas educativas com metodologias ativas que possibilitem aos idosos diabéticos a promoção da autonomia nas atividades de autocuidado.

DESCRITORES: Adesão à terapêutica. Idoso. Diabetes Mellitus. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária de Saúde. Educação em Saúde.

⁴Artigo apresentado conforme normas da Revista de Saúde Pública (ANEXO C).

⁵Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Enfermagem em Nefrologia pelo Programa de Residência em Enfermagem da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Rua Dr. José Maria, 900. Apt 2401. Torre B. Rosarinho. Recife – PE. Cep: 52051-000. E-mail: anninhatito@hotmail.com.

⁶Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Coordenadora do Programa do Idoso - PROIDOSO e da Universidade Aberta à Terceira Idade - UnATI /UFPE.

⁷Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the factors associated with adherence in elderly diabetic.

METHODS: Individual study, observational-sectional with 150 elderly diabetic men and women registered between January 2006 and December 2010, in-service outpatient geriatric in nature in the city of Recife. Information was collected through structured interviews with a script composed by the variables adherence (medication use, physical activity and nutritional follow-up), socioeconomic and demographic, health status, perception of illness and social support, from a sample census. In the data analysis were employed the Pearson's chi-square test or Fisher's exact test and multinomial logistic regression analysis adjusted.

RESULTS: Of all respondents, 27.3% reported full adherence to therapy for diabetes control. In bivariate analysis, adherence was associated with self-reported health ($p < 0.038$), belief in the use of drugs to control diabetes ($p < 0.001$), understanding of the explanations about the disease ($p < 0.005$) and professional responsible for guidelines on the treatment ($p < 0.028$). After adjusted analysis, only the beliefs on medication for diabetes control was significant when comparing the non-adherence with full adherence (OR=9,65; IC95% 1,6;56,6) and non-adherence with partial adherence (OR=18,15; IC95% 3,5;95,4). The variable self-reported health got regular threshold of statistical significance ($p = 0.051$) in relation a non-adherence versus full adherence.

CONCLUSIONS: Full adherence to treatment for diabetes is low and is associated with beliefs in medications used to control the disease. It is necessary to develop educational practices with active methodologies that enable the elderly diabetic promoting autonomy in self-care activities.

DESCRIPTORS: Compliance. Elderly. Diabetes Mellitus. Public Health Nursing. Primary Health Care. Health Education.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal que marcou o século XX. Presente em países desenvolvidos, e de forma crescente, em países em desenvolvimento, diferencia-se pelo modo radical e acelerado de apresentação nos países mais pobres, havendo uma grande necessidade de políticas sociais e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes.²³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1980 a 2000, a população brasileira com 60 anos ou mais, cresceu de 7,3 milhões para 14,5 milhões e, ao mesmo tempo, a expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.²⁵

Atrelada à transição demográfica, tem-se a transição epidemiológica que implica em modificações no padrão de morbidade, com a redução da mortalidade própria de uma população jovem para um quadro de enfermidades crônicas e múltiplas que incorporam disfunções nos últimos anos de vida dos indivíduos.²³

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se o Diabetes Mellitus pela sua alta taxa de morbimortalidade, principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrente do sedentarismo, hábitos alimentares e mudanças na composição corporal.¹⁷

Resultados do Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciaram a influência da idade na prevalência da doença e observaram o incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes.²⁰

O diabetes é uma doença altamente limitante e com morbidades associadas. O aumento do volume urinário interfere com o sono, provoca desidratação e aumenta o risco de queda, este agravado pelo déficit visual. Complicações cardiovasculares, encefálicas, claudicações intermitentes e impotência podem ser causadas pela adesividade plaquetária secundária à hiperglicemia. Neuropatia periférica dolorosa, nefropatia, depressão e isolamento social também são frequentes, acarretando prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e idoso acometido.¹⁷

Os fundamentos da terapia para o controle glicêmico em indivíduos diabéticos consistem em modificações nos hábitos de vida relacionados ao tipo de dieta ingerida, à realização de atividade física, à monitorização glicêmica, ao uso diário de medicamentos e de insulina, quando prescrito.²⁰ No entanto, na perspectiva do diabético e do profissional de saúde, a terapêutica para a doença é complexa e difícil de ser realizada, acarretando baixa adesão e controle do diabetes.

A adesão a tratamentos crônicos é definida pela OMS como o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde e concorda com as recomendações de

um médico ou outro profissional de saúde, referente à ingestão de medicação, seguimento da dieta e mudanças no estilo de vida.²⁴ Na literatura, é considerada adesão o seguimento de pelo menos 80% do regime terapêutico prescrito.¹⁴ No entanto, é sabido que aproximadamente 50% dos indivíduos portadores de doenças crônicas, como o diabetes, não aderem ao tratamento e, assim, não obtêm melhoras no contexto da doença.²⁴

Diferentes fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao indivíduo (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde.^{1,24}

Por serem ainda insuficientes as pesquisas acerca da adesão à terapêutica, principalmente as que estão voltadas ao segmento idoso com diabetes, o presente estudo foi desenvolvido visando investigar os fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos.

MÉTODOS

Estudo individuado-observacional-seccional, desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, serviço gerontogeriátrico de natureza ambulatorial. A amostra foi do tipo censitária constituída pelos 244 idosos diabéticos, de ambos os sexos, que ingressaram no serviço no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Comprometimento de comunicação e/ou cognição e dificuldade de locomoção dos idosos que restringisse o acesso ao ambulatório foram adotados como critérios de exclusão.

As perdas registradas em decorrência de óbito (12), recusa em participar do estudo (16) e registro incorreto do endereço e/ou número do telefone no prontuário (34) contribuíram para a composição final da amostra equivalente a 150 idosos diabéticos.

As informações foram obtidas através de roteiro estruturado com questões fechadas, sendo as entrevistas realizadas por pessoal treinado e supervisionado durante toda a duração da coleta de dados.

A variável dependente correspondeu à adesão terapêutica referida, a qual corrobora com as Diretrizes para o Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus.²⁰ Neste estudo, a adesão integral correspondeu à resposta positiva nas perguntas relacionadas ao uso de medicamentos (hipoglicemiantes orais e/ou insulina) conforme prescrição médica (exceto os que não possuíam medicação prescrita para o diabetes), prática regular de exercícios físicos e controle alimentar. A adesão parcial foi definida por resposta positiva em uma das perguntas (uso de medicamentos, atividade física regular e controle alimentar) e não adesão definida por resposta negativa nas três perguntas.

As variáveis independentes selecionadas para análise foram:

- Variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda mensal do idoso, contribuição para o sustento da casa.
- Variáveis de condições de saúde e fatores relacionados ao tratamento: autopercepção de saúde, tempo de diagnóstico do diabetes, tempo de tratamento, medicamentos prescritos pelo médico utilizados para o diabetes, meio de aquisição da medicação, presença de efeito colateral, percepção quanto ao uso diário dos medicamentos, uso de chás antidiabéticos em substituição aos medicamentos.
- Variáveis de percepção da doença: conhecimento sobre a doença, tipos de tratamento (categorizado em nenhum, básico [medicação ou dieta ou exercício físico], moderado [medicação e dieta ou medicação e exercício físico ou dieta e exercício físico], avançado [medicação, dieta e exercício físico]), percepção sobre a ocorrência de complicações, crenças no uso dos medicamentos, seguimento da dieta e prática de atividade física para o controle da doença, crenças na mensuração do nível glicêmico e mudanças na rotina de vida com o tratamento.
- Variáveis de suporte social: apoio social avaliado através do APGAR da Família²⁵, relação profissional/equipe de saúde-paciente investigada por meio da confiança no médico e na equipe multiprofissional, entendimento

das explicações sobre o diabetes, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento no momento da consulta, profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento e participação em grupos educativos para diabetes.

A associação entre as variáveis independentes e a adesão terapêutica foi examinada através da análise bivariada pelos testes Qui-Quadrado de Independência de Pearson ou o teste Exato de Fisher, este último, quando os resultados não atendiam aos requisitos para a aplicação do primeiro teste, ambos com nível de significância de 5% e intervalos de 95% de confiança.

Na análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão multinomial com a inclusão de todas variáveis com $p < 0,20$ e permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$. Os resultados foram interpretados em termos de Razão de Chances (*Odds Ratio*) e respectivos Intervalos de Confiança (IC), calculados para cada variável estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). A significância do modelo empregado foi avaliada através do teste da razão da verossimilhança.

Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 17.0.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAEE 0485.0.172.000-10). Os entrevistados realizaram a assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual eram explicados os objetivos da pesquisa e as informações solicitadas, garantida a confidencialidade das informações obtidas.

RESULTADOS

Dos 150 idosos diabéticos entrevistados, 73,3% eram do sexo feminino, 54,7% estavam na faixa de 60 a 69 e apenas 10,6% tinham acima de 80 anos. Verificou-se que 51,3% eram casados e 60,0% viviam com cônjuge e familiares. No que se refere à escolaridade, 41,3% possuíam mais de 9 anos de estudo. Foi visto que 62,7% eram aposentados, 52,7% recebiam de 1 a 2 salários-mínimos e que 66,0% contribuía totalmente para o sustento da casa (Tabela 1).

Analisando-se a adesão autorreferida tem-se que 78,7% faziam uso regular de remédios para diabetes, seguidos de 16,0% que não tinham indicação para medicação. Apenas 38,7% praticavam atividade física regularmente (30 min 3x/sem) e 60,0% seguiam recomendações nutricionais prescritas por médico ou nutricionista. Avaliando-se o seguimento terapêutico autorreferido dos idosos diabéticos, a adesão parcial foi predominante (66,7% dos participantes), seguido de 27,3% de adeptos integrais e 6,0% restante de não adeptos.

Na análise bivariada, as variáveis associadas à adesão terapêutica autorreferida foram: autopercepção da saúde ($p < 0,038$), crenças no uso dos remédios para controlar o diabetes ($p < 0,001$), entendimento das explicações sobre o diabetes ($p < 0,005$) e profissional responsável pelas orientações sobre o tratamento ($p < 0,028$) (Tabelas 2, 3 e 4).

Na análise multinomial, a variável “acredita que os remédios controlam o diabetes” foi significativa ao comparar a não adesão com adesão integral (OR=9,65; IC95% 1,6;56,6) e não adesão com adesão parcial (OR=18,15; IC95% 3,5;95,4) no ajuste do modelo final. Assim, o idoso diabético que toma e acredita que os remédios controlam o diabetes tem, aproximadamente, 9,65 vezes chances de adesão integral ao tratamento quando comparado ao idoso que não faz uso de remédios e não adere ao tratamento. Em contrapartida, o idoso diabético que toma e acredita que os remédios controlam a doença, tem, aproximado, 18,15 vezes chances de adesão parcial ao tratamento quando comparado ao idoso que não adere.

É importante destacar que a variável autopercepção regular da saúde apresentou valor ($p = 0,051$) em torno da significância no modelo da não adesão versus adesão integral. O teste da razão da verossimilhança foi significativo ($p = 0,003$) indicando que o modelo proposto pode ser usado (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram uma maior proporção de mulheres, quase três vezes maior que os homens, caracterizando a feminização do envelhecimento. A proteção cardiovascular dada pelo estrógeno, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, menor consumo de tabaco e

álcool, além da maior frequência em atendimentos de saúde são hipóteses levantadas por alguns autores para explicar essa diferença populacional entre os sexos na terceira idade.^{4,23}

A maior prevalência de diabetes entre mulheres, principalmente a partir da quarta década de vida, pode estar associada ao início do período do climatério com diversas alterações hormonais e metabólicas.²¹ Tavares et al²² (2008) em inquérito domiciliar e transversal com 417 idosos diabéticos no município de Uberaba/MG, encontraram uma maior prevalência de diabetes entre as mulheres (71,2%), dado similar ao observado neste estudo.

O Censo Demográfico realizado em 2010 confirmou a continuação do processo de envelhecimento da população brasileira. A faixa etária preponderante foi a de 65 a 69 anos, incluindo 4.840.810 pessoas e a “muito idosa”, ou seja, de 80 anos ou mais, com 2,9 milhões de pessoas, também está aumentando e em ritmo bastante acelerado.¹² Neste estudo os idosos acima de 80 anos corresponderam apenas a 10,6% da casuística, podendo refletir a maior incidência de complicações advindas do diabetes e mortalidade nas faixas etárias anteriores.

A predominância de idosos com mais de 9 anos de estudo, difere da condição de escolaridade da maioria dos idosos brasileiros, reflexo do panorama da política da educação no passado. Otero et al¹⁸ (2007) ao avaliar as características sociodemográficas de 52 diabéticos, na maioria idosos, assistidos na atenção primária, observaram que 59,3% não terminaram o ensino primário. O fato de muitos idosos do presente estudo também participarem de um Programa de Educação Permanente para Idosos, a Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI), pode ser fator explicativo para o diferencial favorável encontrado para a educação.

A família nuclear ainda é o modelo hegemônico predominante em nossa sociedade.⁴ Entre os idosos diabéticos entrevistados, o arranjo bigeracional foi o mais prevalente e, em segundo lugar, o de casais. Resultado similar ao deste estudo foi encontrado no Projeto Sabe (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) realizado com 2.143 idosos na América Latina e Caribe.¹³

O percentual de viúvos também se destaca nesta casuística. Normas sociais e culturais favorecem o recasamento de homens com mulheres mais jovens. Este fato, aliado a maior sobrevivência feminina, contribui para a existência de mulheres sozinhas, principalmente nas faixas etárias mais avançadas.⁴ Neste sentido, a viuvez

pode trazer efeitos negativos à saúde e necessidade de suporte para o desempenho dos cuidados ao controle do diabetes.

A insuficiência financeira também prevaleceu na amostra estudada com 65,0% dos idosos com renda mensal abaixo de dois salários-mínimos que atende não só aos entrevistados, mas também aos seus familiares, uma vez que a maioria contribui totalmente para o sustento da casa. No entanto, tal fato não pode ser considerado como um avanço na melhoria das condições de vida do idoso, mas pode demonstrar o aumento da condição de pobreza e de miséria do restante da população.⁴

A adesão integral à terapêutica para o diabetes foi baixa entre os idosos entrevistados. Resultado semelhante foi observado por Hernandez-Romieu et al¹¹ (2011) ao identificarem 30% de adesão terapêutica em 937 pessoas, entre elas idosas, com autorrelato ao uso da medicação, seguimento da dieta e prática regular de atividade física.

Apesar de prevalente, a adesão terapêutica medicamentosa mostrou-se abaixo do recomendado de 80%.¹⁴ Cintra et al⁵ (2010), ao avaliarem a adesão ao tratamento medicamentoso em 165 idosos assistidos a nível ambulatorial na cidade de São Paulo, encontraram um percentual de 88,5%.

Gellad et al⁹ (2011), em revisão sistemática, destacam que o baixo seguimento à terapêutica medicamentosa em idosos é decorrente da complexidade dos esquemas medicamentosos, atrelada a falta de entendimento, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual. Estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre/RS com 466 idosos identificou maior frequência de seguimento entre os que utilizavam um menor número de medicamentos e a falta de adesão esteve associada ao esquecimento.¹⁹

A prática regular de atividade física e o seguimento nutricional entre os idosos diabéticos entrevistados também não se mostraram adequados. A mudança no estilo de vida faz parte do tratamento para as doenças crônicas, porém os hábitos são comportamentos sociais e culturalmente construídos ao longo da vida, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus, sendo de difícil modificação.

A prática regular de exercícios físicos contribui para o controle glicêmico, pois leva a redução ponderal e a diminuição da resistência insulínica.²⁰ Franchi et al⁸

(2008) comparando a prática de atividade física em 88 idosos diabéticos e não-diabéticos, observou que aproximadamente metade dos participantes dos dois grupos não praticava nenhuma atividade física, dados estes que corroboram com o encontrado neste estudo.

A abordagem multidimensional é necessária na análise da adesão ao seguimento nutricional. Bantle et al² (2006) afirmam que as recomendações dietéticas devem ser individualizadas com base nas preferências, cultura e hábitos dos idosos diabéticos. Na avaliação do seguimento nutricional para o controle do diabetes, Broadbent et al (2011)³ obtiveram 22% de adesão total, estando associada à menor ocorrência de complicações, maior controle pessoal e do tratamento, menos sintomas e transtornos emocionais, além da crença de que o seguimento da dieta controla a doença.

A adesão terapêutica em idosos sofre influencia de fatores internos, externos e relacionais. Entre os internos, destaca-se as características sociodemográficas.¹ Entretanto, neste estudo não foi verificada esta associação, podendo estar relacionada com a homogeneidade da amostra em termos das características socioeconômicas. Este achado também condiz com outros estudos realizados com idosos nas cidades de São Paulo e Minas Gerais.^{19, 22}

O Diabetes tem influência nas inter-relações, no contexto histórico e sociocultural da família. Segundo Fortmann et al⁷ (2011) a família representa uma unidade de cuidado influenciada pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados que são fundamentais para que o indivíduo diabético consiga alcançar o automanejo de sua doença. Apesar da literatura especializada registrar a influência do suporte familiar na promoção do seguimento terapêutico,^{5,18} neste estudo não se observa esta associação.

Conforme Mann et al¹⁶ (2009) as informações recebidas e o entendimento das explicações sobre o diabetes e o tratamento influenciam o comportamento dos indivíduos ao tomar decisões em seguir ou não a terapêutica prescrita para o diabetes. Tal afirmativa obteve significância estatística com os achados deste estudo.

Dentre os fatores que também pode influenciar a adesão, merece destaque o papel dos serviços de saúde através da estrutura, acesso, profissionais e tecnologias disponíveis.^{1,24} O médico foi o profissional responsável pelas orientações

sobre o tratamento através das consultas individuais, porém a adesão parcial apresentou maior percentual entre os entrevistados.

Leite e Vasconcelos¹⁴ (2003) afirmam que a adesão ao tratamento não é determinada exclusivamente pelo poder do médico de fazer o cliente seguir a prescrição. Porém, certas atitudes do prescritor, tais como: linguagem, tempo dispensado para a consulta, respeito aos questionamentos e motivação para o cumprimento da terapia, são fatores citados na literatura para promoção do seguimento terapêutico. No presente estudo, não foi avaliado como os profissionais de saúde passavam a informação aos idosos sendo esse um dos fatores limitantes.

A participação em grupos educativos para diabetes não apresentou significância estatística neste estudo. Contudo, a literatura especializada^{1,17,25} destaca a necessidade da oferta de intervenções educativas pelos serviços de saúde e a inclusão desses indivíduos em atividades grupais.

O emprego de metodologias ativas para a discussão sobre o diabetes favorece a aquisição de conhecimentos e habilidades acerca do autocuidado diário, além de oportunizar a identificação de possíveis problemas que possam estar interferindo na adesão à terapêutica.

A autopercepção da saúde atual é citada como preditora da adesão terapêutica em diabetes.²² Esta variável representa a forma como o indivíduo vê seu estado e compreende sua enfermidade, sendo considerado marcador de risco de mortalidade. Segundo Fonseca et al⁶ (2010) ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito autônomo e capaz de agir sobre o ambiente.

Mooradian e Chehade¹⁷ (2011) em revisão de 480 manuscritos publicados, entre 2000 a 2010, sobre o tratamento do diabetes no idoso destacam a manutenção da independência como o mais importante para o seguimento das recomendações médicas na prevenção de complicações.

A autoavaliação de saúde se mantendo próximo ao nível de significância no modelo multivariado reforça a importância desta variável aplicada em estudos gerontológicos, onde uma velhice isenta de doenças crônicas não é condição usual entre os mais velhos. Neste estudo, o idoso que autopercebe a sua saúde como regular desempenha uma maior rotina de cuidados com a doença em relação aos que a autoavaliam como ruim. Resultados encontrados por Luz et al¹⁵ (2011) em

amostra composta por 1134 idosos, identificam que a prevalência de não adesão esteve associada à pior autopercepção de saúde.

A crença do idoso sobre a utilização do medicamento para o controle do diabetes apresentou associação positiva tanto no modelo bivariado como multivariado, corroborando os resultados encontrados por outros autores^{1,24}. Estudo de Coorte realizado por Grant et al¹⁰ (2003) com 128 indivíduos diabéticos, identificou que 82% dos investigados acreditavam que os medicamentos prescritos melhoravam os sintomas e 83% protegiam a saúde no futuro. Esses indivíduos apresentaram maiores taxas de adesão à terapia medicamentosa (98,5%) em relação àqueles descrentes com o medicamento (87%).

Destaca-se assim, a importância de considerar os conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos idosos relacionadas à saúde e as práticas de cuidado. No presente estudo, pode-se inferir que a adesão medicamentosa assume uma importância maior em relação à prática de atividade física e do seguimento nutricional no controle glicêmico.

No que se refere às limitações deste estudo, cabe destacar: uso de roteiro estruturado, sujeito a distorções e tendenciosidades do entrevistador; análise da adesão ter sido realizada apenas sob o ponto de vista do relato do idoso diabético quanto à terapêutica prescrita, o que difere de outros estudos que avaliaram a adesão por meio do controle glicêmico;^{8,11} escassez de estudos internacionais e nacionais relacionados a adesão em idosos diabéticos sob os três aspectos estudados, dificultando a comparação com outros achados voltados a este segmento.

Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos adicionais para melhor definir o papel das crenças em saúde e as práticas de cuidados nesta população. Infere-se que o desenho de práticas educativas com metodologias ativas possibilite aos idosos diabéticos a promoção da autonomia nas atividades de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1 Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MR, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. ciências saúde*. 2007;18(1):57-67.

2 Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ et al. American Diabetes Association Nutrition Recommendations and Interventions for

Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2006;29:2140–2157.

3 Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011;34(2):338-40.

4 Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados. Rio de Janeiro; IPEA; 2009. (Texto para Discussão, 1.426).
Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf

5 Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(supl.3):3507-3515. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900025

6 Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(1);159-165. DOI: 10.1590/S0034-89102010000100017.

7 Fortmann AL, Gallo LC, Philis-Tsimikas A. Glycemic control among Latinos with type 2 diabetes: the role of social-environmental support resources. *Health Psychol*. 2011;30(3):251-8.

8 Franchi KMB, Monteiro LZ, Medeiros AIA, Almeida SB, Pinheiro MHNP, Montenegro RM et al. Estudo comparativo do conhecimento e prática de atividade física de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 2008; 11(3):327-339.

9 Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(1):11-23.

10 Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26(5):1408-12.

11 Hernandez-Romieu AC, Elnecave-Olaiz A, Huerta-Urbe N, Reynoso-Noveron N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud pública Méx*. 2011;53(1):34-39. DOI: 10.1590/S0036-36342011000100006

12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Brasil 2010. Rio de Janeiro; 2011.

13 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev bras epidemiol*. 2005;8(2):127-41. DOI: 10.1590/S1415-790X2005000200005

- 14 Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):775-782. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300011
- 15 Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. *Cad. saúde pública*. 2011;27(2):269-276. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000200008
- 16 Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*. 2009;32(3):278-84.
- 17 Mooradian A, Chehade JM. Diabetes Mellitus in Older Adults. *American Journal of Therapeutics*. 2011;0(0).
- 18 Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care Center. *Rev. latinoam. enferm*. 2007;15(spe):768-773. DOI: 10.1590/S0104-11692007000700009
- 19 Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13:703-10. DOI:10.1590/S1413-81232008000700020
- 20 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro; 2007.
- 21 Souza JL, Chalita FAB, Reis AFF, Teixeira CL, Gicovate Neto C, Bastos DA et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(1):69-74. DOI: 10.1590/S0004-27302003000100011
- 22 Tavares DMS, Drumond FR, Pereira GA. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(2): 342-9. DOI: 10.1590/S0104-07072008000200017
- 23 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-89102009005000025
- 24 World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2003.
- 25 World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

Tabela 1 – Adesão terapêutica segundo fatores socioeconômicos e demográficos de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	N (%)	Adesão terapêutica						p - valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo								
Masculino	40 (26,7)	10	25,0	26	65,0	4	10,0	0,453 ⁽¹⁾
Feminino	110 (73,3)	31	28,2	74	67,3	5	4,5	
Faixa etária (anos)								
60 a 69	82 (54,7)	27	32,9	51	62,2	4	4,9	0,364 ⁽²⁾
70 a 79	52 (34,7)	11	21,2	38	73,1	3	5,8	
80 ou mais	16 (10,6)	3	18,8	11	68,8	2	12,5	
Situação conjugal								
Casado (a)	77 (51,3)	17	22,1	55	71,4	5	6,5	0,484 ⁽²⁾
Solteiro (a)	7 (4,7)	2	28,6	4	57,1	1	14,3	
Viúvo (a)	47 (31,3)	14	29,8	31	66,0	2	4,3	
Separado/divorciado (a)	19 (12,7)	8	42,1	10	52,6	1	5,3	
Arranjo familiar								
Mora sozinho(a)	27(18,0)	11	40,7	15	55,6	1	3,7	0,197 ⁽²⁾
Somente com cônjuge	33(22,0)	9	27,3	20	60,6	4	12,1	
Cônjuge + familiares	90(60,0)	21	23,3	65	72,2	4	4,4	
Ano de estudo								
0	14 (9,3)	4	28,6	10	71,4	-	-	0,696 ⁽²⁾
1 a 4	22 (14,7)	5	22,7	16	72,7	1	4,5	
5 a 8	52 (34,7)	11	21,2	38	73,1	3	5,8	
≥ 9	62 (41,3)	21	33,9	36	58,1	5	8,0	
Situação previdenciária								
Aposentado(a)	94 (62,7)	24	25,5	63	67,0	7	7,4	0,869 ⁽²⁾
Pensionista	24 (16,0)	8	33,3	14	58,3	2	8,3	
Aposentado(a) e pensionista	16 (10,7)	4	25,0	12	75,0	-	-	
Não é aposentado (a)	16 (10,7)	5	31,3	11	68,8	-	-	
Renda mensal idoso^a								
< 1 SM	18 (12,0)	5	27,8	12	66,7	1	5,6	0,805 ⁽²⁾
1I– 2 SM	79 (52,7)	20	25,3	55	69,6	4	5,1	
2I–4 SM	29 (19,3)	10	24,5	18	62,1	1	3,4	
≥ 4 SM	24 (16,0)	6	25,0	15	62,5	3	12,5	
Contribuição no sustento da casa								
Sim, totalmente	99 (66,0)	29	29,3	63	63,6	7	7,1	0,841 ⁽²⁾
Sim, parcialmente	39 (26,0)	10	25,6	27	69,2	2	5,1	
Não	12 (8,0)	2	16,7	10	83,3	-	-	

^aRenda mensal do idoso em salários-mínimos (1 salário-mínimo: R\$ 545,00)

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

(2): Teste Exato de Fisher

Tabela 2 – Adesão terapêutica segundo as condições de saúde e fatores relacionados ao tratamento de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	N (%)	Adesão terapêutica						p – valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		N	%	N	%	N	%	
Autopercepção da saúde								
Excelente a boa	39 (26,0)	15	38,5	21	53,8	3	7,7	0,038 ⁽¹⁾
Regular	93 (62,0)	24	25,8	66	71,0	3	3,2	
Ruim	18 (12,0)	2	11,1	13	72,2	3	16,7	
Tempo de diagnóstico								
≤ 5 anos	50 (33,3)	15	30,0	30	60,0	5	10,0	0,524 ⁽¹⁾
6 a 10 anos	35 (23,3)	10	28,6	23	65,7	2	5,7	
≥11 anos	65 (43,3)	16	24,6	47	72,3	2	3,1	
Tempo de tratamento farmacológico								
< 5 anos	44 (34,9)	12	27,3	30	68,2	2	4,5	0,676 ⁽¹⁾
5 I–10 anos	33 (26,2)	9	27,3	23	69,7	1	3,0	
≥ 10 anos	49 (38,9)	12	24,5	37	75,5	-	-	
Tempo de tratamento não farmacológico^b								
< 5 anos	54 (48,2)	22	40,7	32	59,3	-	-	0,654 ⁽²⁾
5 I– 10 anos	26 (23,2)	8	30,8	18	69,2	-	-	
≥ 10 anos	32 (28,6)	11	34,4	21	65,6	-	-	
Medicamento para DM^c								
Hipoglicemiante oral	107 (84,9)	26	24,3	78	72,9	3	2,8	0,471 ⁽¹⁾
Insulina	9 (7,1)	2	22,2	7	77,8	-	-	
Hipoglicemiante oral e insulina	10 (7,9)	5	50,0	5	50,0	-	-	
Aquisição de medicamento DM^c								
Totalmente pelo SUS	67 (53,2)	18	26,9	46	68,7	3	4,5	0,448 ⁽¹⁾
Parcialmente pelo SUS	23 (18,2)	8	34,8	15	65,2	-	-	
Recursos próprios	36 (28,6)	7	19,4	29	80,6	-	-	
Relato de efeito colateral^c								
Sim	29 (23,0)	5	17,2	22	75,9	2	6,9	0,097 ⁽¹⁾
Não	97 (77,0)	28	28,9	68	70,1	1	1,0	
Percepção quanto ao uso dos remédios todos os dias?^c								
Bom	61 (48,4)	18	29,5	42	68,9	1	1,6	0,841 ⁽¹⁾
Indiferente	38 (30,2)	8	21,1	29	76,3	1	2,6	
Ruim/Péssimo	27 (21,4)	7	25,9	19	70,4	1	3,7	
Uso de chás antidiabéticos em substituição aos remédios^c								
Sim	5 (4,0)	1	20,0	4	80,0	-	-	1,000 ⁽¹⁾
Não	121 (96,0)	32	26,4	86	71,1	3	2,5	

(1): Teste Exato de Fisher

^bAjustado para indivíduos que auto-relataram prática de atividade física e/ou seguimento nutricional

^cAjustado para indivíduos que tinham medicação prescrita para diabetes

Tabela 3 – Adesão terapêutica segundo a percepção da doença de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	N (%)	Adesão terapêutica						p - valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		N	%	N	%	N	%	
O DM é uma doença que tem cura?								
Sim	22(14,7)	8	36,4	12	54,5	2	9,1	0,417 ⁽¹⁾
Não	128(85,3)	33	25,8	88	68,8	7	5,5	
Conhece os tipos de tratamento?								
Nenhum	28 (18,7)	5	17,9	21	75,0	2	7,1	0,292 ⁽²⁾
Básico	25 (16,7)	5	20,0	19	76,0	1	4,0	
Moderado	48 (32,0)	11	22,9	34	70,8	3	6,3	
Avançado	49 (32,7)	20	40,8	26	53,1	3	6,1	
Acha que traz complicações								
Sim	146(97,3)	40	27,4	97	66,4	9	6,2	1,000 ⁽²⁾
Não	4(2,7)	1	25,0	3	75,0	-	-	
Conhece dois órgãos que podem ser atingidos								
Sim	82 (54,7)	24	29,3	53	64,6	5	6,1	0,888 ⁽²⁾
Não	68 (45,3)	17	25,0	47	69,1	4	5,9	
Acredita que os remédios controlam DM?								
Usa e acredita nos remédios	125(83,3)	33	26,4	89	71,2	3	2,4	0,001 ⁽²⁾
Usa e não acredita nos remédios	7 (4,7)	3	42,9	3	42,9	1	14,3	
Não faz uso de remédios	18 (12,0)	5	27,8	8	44,4	5	27,8	
Acredita que a dieta e atividade física controlam DM?								
Sim	144(96,0)	41	28,5	95	66,0	8	5,6	0,171 ⁽²⁾
Não	6 (4,0)	-	-	5	83,3	1	16,7	
Preocupação em verificar o nível de glicose no sangue								
Sim	104(69,3)	29	27,9	71	68,3	4	3,8	0,248 ⁽¹⁾
Não	46 (30,7)	12	26,1	29	63,0	5	10,9	
Mudanças na rotina com o tratamento								
Sim	76 (50,7)	23	30,3	50	65,8	3	3,9	0,453 ⁽²⁾
Não	74 (49,3)	18	24,3	50	67,6	6	8,1	

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

(2): Teste Exato de Fisher

Tabela 4 – Adesão terapêutica segundo o suporte social de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	N (%)	Adesão terapêutica						p - valor
		Integral		Parcial		Não adesão		
		N	%	N	%	N	%	
APGAR da família								
Elevada disfunção familiar	17(11,3)	2	11,8	13	76,5	2	11,8	0,177 ⁽¹⁾
Moderada disfunção familiar	21(14,0)	8	38,1	11	52,4	2	9,5	
Boa funcionalidade familiar	112(74,7)	31	27,7	76	67,9	5	4,5	
Confiança no médico								
Sim	44(96,0)	39	27,1	96	66,7	9	6,3	1,000 ⁽¹⁾
Não	6 (4,0)	2	33,3	4	66,7	-	-	
Confiança na equipe de profissionais								
Sim	146(97,3)	39	26,7	98	67,1	9	6,2	0,673 ⁽¹⁾
Não	4 (2,7)	2	50,0	2	50,0	-	-	
Entendimento das explicações sobre o DM								
Sim	117(78,0)	36	30,8	78	66,7	3	2,6	0,005 ⁽¹⁾
Não	18 (12,0)	2	11,1	14	77,8	2	11,1	
Não recebe explicações sobre DM	15(10,0)	3	20,0	8	53,3	4	26,7	
Esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento durante a consulta								
Sim	131(87,3)	37	28,2	87	66,4	7	5,3	0,587 ⁽²⁾
Não	19 (12,7)	4	21,1	13	68,4	2	10,5	
Profissional que orienta sobre o tratamento								
Médico	122(81,3)	33	27,0	85	69,7	4	3,3	0,028 ⁽¹⁾
Enfermeiro	1 (0,7)	-	-	1	100,0	-	-	
Nutricionista	10 (6,7)	4	40,0	6	60,0	-	-	
ACS	5 (3,3)	1	20,0	3	60,0	1	20,0	
Médico e nutricionista	3 (2,0)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Não recebe orientações sobre o tratamento	9 (6,0)	2	22,2	4	44,4	3	33,3	
Participação em grupos educativos para DM								
Nunca participou	120(80,0)	30	25,0	82	68,3	8	6,7	0,389 ⁽¹⁾
Participou	30(20,0)	11	36,7	18	60,0	1	3,3	

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

(2): Teste Exato de Fisher

Tabela 5 – Regressão logística multinomial da adesão terapia de idosos diabéticos na atenção primária de saúde. Recife, PE, 2011.

Variável	Não Adesão X Adesão Integral		Não Adesão X Adesão Parcial	
	p - valor	OR (IC95%)	p - valor	OR (IC95%)
Autopercepção da saúde				
Excelente a boa	0,168	5,07 (0,5; 51,1)	0,986	1,01 (0,1; 7,3)
Regular	0,051	9,40 (1,0; 9,4)	0,167	3,78 (0,6; 25,0)
Ruim ¹	-	-	-	-
Acredita que os remédios controlam DM?				
Usa e acredita nos remédios	0,012	9,65 (1,6; 56,6)	0,001	18,15 (3,5; 95,4)
Usa e não acredita nos remédios	0,444	2,83 (0,2; 41,2)	0,630	1,89 (0,1; 25,4)
Não faz uso de remédios ¹	-	-	-	-

(1): Categoria de Referência da variável

- Teste da razão de verossimilhança (p - valor = 0,003)

- Poder de predição = 68,7%

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a adesão terapêutica em pessoas idosas não se constitui tarefa simples. Nesta fase da vida, predominam as doenças crônicas, entre elas o diabetes e a necessidade da mudança de hábitos, já construídos ao longo da vida é mais difícil de ser alcançada. Além disso, as limitações físicas e cognitivas mais prevalentes com o avançar dos anos comprometem a independência, autonomia e capacidade funcional, atributos a serem preservados com vistas ao envelhecimento ativo.

A promoção da saúde para uma boa qualidade de vida refere-se à conscientização do idoso diabético para possibilidade de levar uma vida saudável e normal quando se tem uma doença crônica. No entanto, pôde-se evidenciar que o seguimento integral ao tratamento é baixo e as crenças de saúde podem influenciar nos cuidados para o controle glicêmico. Isto remete a necessidade de outros estudos que melhor investiguem as crenças e a adesão na população idosa com diabetes.

A prevalência da adesão centrada no uso do medicamento, em detrimento do cuidado da saúde como um todo demonstra a dificuldade do idoso em incorporar as prescrições do médico na sua rotina diária, visto que o processo de adesão vai além do biológico e perpassa pelo comportamental e emocional dos indivíduos.

A educação em saúde no diabetes mellitus busca a conscientização dos indivíduos da necessidade da mudança de comportamento e estímulo ao autocuidado. Na literatura nacional pesquisada entre 1999 a 2009 poucos são os achados de práticas educativas voltadas para idosos acima de 80 anos, segmento em crescimento na sociedade devido ao fenômeno do envelhecimento populacional. Além destes, os familiares também são pouco envolvidos, apontando para a necessidade de inclusão desta rede de apoio na práxis de cuidado do profissional de saúde.

A mudança do paradigma tradicional nas ações educativas para o emancipatório e dialógico já é visível mediante a utilização de estratégias pedagógicas dinâmicas. Porém, a atuação em equipe multidisciplinar ainda é uma meta a ser alcançada pelos serviços prestadores de cuidados a esta população. O profissional de enfermagem como educador em saúde é destacado nas publicações pesquisadas.

Posterior a análise dos dados do artigo original foi desenvolvida, por equipe multiprofissional, atividade extensionista intitulada “Grupos operativos de educação em saúde para idosos diabéticos”, no mesmo local onde o estudo foi desenvolvido e tendo por público-

alvo parte dos idosos participantes da pesquisa. O projeto teve por objetivo capacitar os idosos diabéticos a lidar com a doença através do aporte teórico-metodológico dos Círculos de Cultura de Paulo Freire e metodologias ativas construídas a partir das demandas identificadas pelos próprios idosos para a promoção do seguimento terapêutico.

REFERÊNCIAS⁸

- 1 Camarano AA, Beltrão KI, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. [internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. (Texto para discussão, n. 1034). [acesso em: 06 out. 2010]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/td_1034.pdf.
- 2 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. [internet]. 2009 [acesso em: 12 nov. 2010]; 43(3): 548-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>
- 3 Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. Com. Ciências Saúde [internet]. 2007 [acesso em: 20 out. 2010]; 18(1): 57-67. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf
- 4 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em: 20 set 2011]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf
- 5 Lazcano-Ortiz M, Salazar-González BC. Adaptación en pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 según modelo de Roy. Aquichan. [internet]. 2009 [acesso em: 18 out. 2011]; 9(3): 236-45. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/Resumenes/74112147004_Resumo_5.pdf
- 6 Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2007 [acesso em: 10 jun. 2010]; 12(5): 1341-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/26.pdf>
- 7 Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2010 [acesso em: 24 jun 2010]; 15(1): 151-160. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf>
- 8 Budó ML, Mattioni FC, Silva FM, Schimith M.D. Health education towards the chronic disease bearer: implications with the social network. Cienc Cuid Saude [internet]. 2009. [acesso em: 17 jun.]; 8(suplem.): 142- 47. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9741/5544>

⁸Referências da Introdução, Capítulos de Revisão de Literatura e Método

- 9 Reiners AAO, Azevedo RCS, VMA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2008 [acesso em: 10 set.2010]; 13 (suppl.2): 2299-2306. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>
- 10 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 11 Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. [internet]. 2008 [acesso em: 10 out. 2011]; 6 (Supl 1): S4-S6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/833Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- 12 Wong LL, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sério desafio para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul. [internet]. 2006 Jun. [acesso em: 15 jun 2010];23(1): 5-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>
- 13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo demográfico: Brasil 2010 [internet]. Rio de Janeiro; 2011 [acesso em: 22 mai 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_primeiros_resultados.shtm
- 14 Brasil. Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília (DF); 1998.
- 15 Zago AS. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. Rev Bras Geriatr Gerontol. [internet]. 2010 [acesso em: 02 set 2010]; 13(1): 153-158. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n1/v13n1a16.pdf>
- 16 Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M e organizadores. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
- 17 Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública. [internet]. 2008 [acesso em: 30 out 2010]; 24(10): 2301-2313. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/11.pdf>

18 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 20 set 2010]. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf

19 Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2006 [acesso em: 20 jun 2010]; 11(4): 911-926. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>

20 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

21 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

22 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

23 Ferreira SRG. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. In: Diabetes na Prática Clínica: e-book [internet]. 2011. [acesso em: 20 set 2011]. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2011.

24 Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

25 Lourenço RA. Diabetes no idoso. In: Oliveira JEP, Milech A. Diabetes Mellitus: clínica diagnóstica, tratamento interdisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004.

26 Zaguty L, Zagury RL, Oliveira RA. Diagnóstico do diabetes. In: Diabetes na Prática Clínica: e-book [internet]. 2011. [acesso em: 22 set 2011]. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2011.

27 Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZ L. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Saúde e Sociedade [internet]. 2006 [acesso em: 20 jun 2010]; 15(3): 180-189. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>

28 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em: 20 set 2010]. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

29 Sachs S. Determinando o plano alimentar. In: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD. Manual de nutrição para profissional da saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [acesso em: 20 set 2011]. Disponível em:

http://www.diabetes.org.br/attachments/550_Manual_Nutricao_profissional3.pdf

30 Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2003 [acesso em: 20 set. 2010]; 8(3): 775-782. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>

31 World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [internet]. Library Cataloguing-in-Publication; 2003 [acesso em: 10 out. 2010]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf

32 CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fatima Marin]. 2ª ed. São Paulo: Algor; 2011.

33 Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. Millenium. [internet]. 2011 [acesso em: 20 out. 2011]; 40: 201-219. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

34 Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso em: 20 set 2010]; 21(suppl.1): S43-S53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/06.pdf>

35 Ribeiro JLP. Introdução à Psicologia da Saúde. 1ªed. Coimbra: Quarteto; 2005.

36 Torres RM, Fernandes JD, Cruz EA. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. Revista Baiana de Enfermagem. [internet]. 2007 [acesso em: 15 nov 2010]; 21(2/3): 61-70. Disponível em:

<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3925/2899>

37 Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso em: 15 nov. 2010]; 21(2): 545-553. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/21.pdf>

38 Silva LWS, Santos K MO. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. Revista Kairós Gerontologia. [internet]. 2010 [acesso em: 15 set. 2011]; 13 (1): 245-57. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/4873/3460>

39 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

40 Soares DA, Sadigursky D. Caracterização das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa com diabetes. Saúde Coletiva. [internet]. 2010 [acesso em: 10 set. 2011]; 07(45): 263-269. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84216927002.pdf>

41 Domínguez-Guedes MT, García EM, Torres MER, Ulloa PM, Fernández FG. Aspectos psicológicos de cuidadores associados ao apoio familiar na aderência terapêutica de pacientes diabéticos. RBPS. [internet]. 2010 [acesso em: 20 ago. 2011]; 23(1): 48-55. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/Resumenes/40816974008_Resumo_5.pdf

42 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em: 20 nov. 2010]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf

43 Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto contexto - enferm. [internet]. 2008 [acesso em 20 dez. 2011]; 17(1):pp. 64-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100007

44 Orem D. Nursing concepts of practice. 5 ed. St Louis: Mosby Year Book; 1995.

45 Feijão AR, Lopes MVO, Galvão MTG. Importância do sistema apoio-educação do modelo de Orem na adesão: estudo reflexivo. Online braz. j. nurs. 2009;8(2).

46 Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. Rev Gaúcha Enferm. [internet].

2006 [acesso em: 20 jun. 2010]; 27(1): 60-70. Disponível em:
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8024>

47 Horta VA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

48 Marjorie EDM. Educação em saúde: conceitos e propósitos. Cogitare Enferm. [internet]. 2009 [acesso em: 15 jul. 2010]; 14(4): 773-6. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16399/10878>

49 Arantes RC, Martins JL.A, Lima MF, Rocha RMN, Silva RC, Villela WV. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. Rev. APS. [internet]. 2008 [acesso em: 10 jul. 2010]; 11(2): 189-198. Disponível em:
<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/262/99>

50 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da saúde. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2006 [acesso em: 20 nov. 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

51 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

52 Freire P. Pedagogia do oprimido. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

53 Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm. [internet]. 2008 [acesso em: 30 mai. 2011]; 61(1): 117-121. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>

54 Grossi SAA. O manejo do diabetes mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. In: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo; 2009.

55 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B et al. National standards for diabetes self- management education. Diabetes Care. [internet]. 2010 [acesso em 18 ago. 2011]; 33(supl.1): S89-96. Disponível em:
http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S89.full

56 Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. Interface Comunic. Saúde Educ.[internet]. 2009 [acesso

em: 02 nov. 2011]; 13(30): 93-106. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a09.pdf>

57 Souza MT, Silva MDS, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. [internet]. 2010 [acesso em: 08 ago. 2011]; 8(1 Pt 1): 102-6. Disponível em:
http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf

58 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [internet]. 2008 [acesso em: 01 jul.2010]; 17(4): 758-64. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

59 Beya S, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. [internet]. 1998 [acesso em: 10 jul. 2010]; 67(4): 877-80. Disponível em:
http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_n4_v67/ai_20972821/

60 Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.

61 Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: step by step. *Am J Nurs*. [internet]. 2010 [acesso em: 07 jul. 2010]; 110(5): 41-7. Disponível em:
http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence_Based_Practice_Step_by_Step_Searching.24.aspx

62 Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizado por enfermeiros no Brasil. *Rev.enferm. UERJ*. [internet]. 2009 [acesso em: 17 jul. 2011]; 17(2): 273-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>

63 Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2000.

64 Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

65 Altman DG. *Practical Statistic for Medic Reserach*. London: Chapman & Hall; 1991.

66 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. Massachusetts: John Wiley & Sons; 1989.

67 Farevo LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada e tomada de decisão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

68 Brasil. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, CONEP, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados da revisão integrativa**1 Dados de identificação do estudo**

Título do artigo:

Periódico:

Ano:

Idioma:

Autores/Formação:

2 Caracterização dos estudos

Objetivos	Características Metodológicas	Resultados	Recomendações/Conclusões

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados do artigo original

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 Nº Questionário: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ___/___/___	04 Nº do idoso: _____
Nome: _____	
05 Diabético () Hipertenso e Diabético ()	

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

06 Sexo SEXO: _____ (1) Masculino (2) Feminino	07 Cor/Raça COR: _____ (1) Branca (2) Negra (3) Parda
08 Data de Nascimento ___/___/___ DATA: ___/___/___	09 Idade (anos comple.)_____ IDANOS: _____
10 Situação Conjugal SITCONJ: _____ (1) Casado(a) ou em união consensual (2) Solteiro(a)(nunca se casou ou morou com companheiro(a)) (3) Viúvo(a) (4) Separado/divorciado(a)	11 O Sr(a) tem/teve filhos? FILHOS: _____ (1) Sim (2) Não
12 O Sr(a) estudou? ESTUD: _____ (1) Sim (2) Não	13 Até que série? (anos de estudo com aprovação) (1) Superior completo (6) 1º grau incompleto (2) Superior incompleto (7) Primário completo (3) 2º grau completo (8) Primário incompleto (4) 2º grau incompleto (9) Nenhum (5) 1º grau completo ESCOLARIDADE: ___ANOESTUDO: ___
14 Situação Previdenciária SITUPREV.: _____ (1) Aposentado(a) (2) Pensionista (3) Aposentado(a) e pensionista (4) Não é aposentado(a)	15 Qual a renda mensal total do Sr(a)? RENDA: _____ (1) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 545,00) (2) De 1-2 salários mínimos (De R\$545,00 a R\$1.090,00) (3) De 2-4 salários (De R\$ 1.090,00 a R\$ 2.180,00) (4) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.180,00) (5) Sem renda
16 Contribuição para o sustento da casa (1) Sim, totalmente (3) Não contribui (2) Sim, parcialmente SUSTFAM: _____	

C) ADESÃO A TERAPÊUTICA

17 O Sr(a) faz uso regular dos remédios para diabetes? USOREMED: _____ (1) Sim (2) Não (3) Não tem medicação prescrita para diabetes	18 O Sr(a) faz atividade física regularmente (3x/sem/30min)? (1) Sim PRATATVFISICA: _____ (2) Não
19 O Sr(a) segue as recomendações nutricionais? SEGUENUTRI: _____ (1) Sim (2) Não	
Avaliação dos Resultados (1) Adesão: resposta positiva ao uso de medicamentos (caso seja prescrito pelo médico), exercícios físicos e dieta; (2) Adesão Parcial: resposta positiva em uma das perguntas (3) Não Adesão: resposta negativa nas três perguntas Escore: _____ ADESAOTERA: _____	

D) CONDIÇÕES DE SAÚDE

<p>20 Como o Sr(a) classificaria a sua saúde hoje?</p> <p>(1) Excelente (4) Regular (2) Muito boa (5) Ruim (3) Boa</p> <p>AUTOPERCEB.: _____</p>	<p>21 Quanto tempo o Sr(a) sabe da doença? TEMPDIAG.: _____</p> <p>(1) < 5 anos (3) 10-20 anos (2) 5-10 anos (4) > 20 anos</p>
<p>22 Quanto tempo (anos) o Sr(a) faz tratamento para o diabetes?</p> <p>Farmacológico: _____ Não – Farmacológico: _____</p> <p>TEMPTTOFARM.: _____</p> <p>TEMPTTONFARM.: _____</p>	<p>23 Qual o remédio que o Sr(a) utiliza para o diabetes? REMEDI.: _____</p> <p>(1) Hipoglicemiante oral (2) Insulina (3) Hipoglicemiante oral e insulina (4) Não faz uso de medicação</p>
<p>24 Dos medicamentos que o Sr(a) toma</p> <p>(1) Todos são receitados pelo médico (2) Por conta própria (3) Alguns são sugestões de amigos/vizinhos (4) Todos são sugestões de amigos/vizinhos (5) Não faz uso de medicamentos</p> <p>PRESCRIMED.: _____</p>	<p>25 Como o Sr(a) adquire a medicação para o diabetes? ADQMEDI.: _____</p> <p>(1) Adquire totalmente pela assistência farmacêutica/SUS (2) Adquire parcialmente pela assistência farmacêutica/SUS (3) Recursos próprios (4) Doações (5) Não faz uso de medicações</p>
<p>26 O Sr(a) sente algum efeito colateral com o uso do remédio(s)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não faz uso de remédios</p> <p>EFEITOCOLAT.: _____</p>	<p>27 O Sr(a) já utilizou chás, simpatias, ou outros em substituição a algum medicamento? OUTMEDI.: _____</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Faz uso de chás e medicamentos para o diabetes (4) Não faz uso de medicamentos</p>

E) PERCEPÇÃO DA DOENÇA

<p>28 O Sr(a) acha que o diabetes é uma doença que tem cura? CONHECDIAB.: _____</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>29 O Sr(a) sabe quais são os tipos de tratamento para o diabetes? CONHTTO.: _____</p> <p>(1) Nenhum (2) Básico (medicação ou dieta ou exercício físico) (3) Moderado (medicação e dieta ou medicação e exercício físico ou dieta e exercício físico) (4) Avançado (medicação, dieta e exercício físico)</p>
<p>30 O Sr (a) acha que o diabetes traz complicações?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>COMPL.: _____</p>	<p>31 O Sr(a) sabe no mínimo dois órgãos que podem ser atingidos pelo diabetes? CONHECICOMPL.: _____</p> <p>(1) Sim (_____; _____) (2) Não</p>
<p>32 O Sr(a) acredita que o remédio é fundamental para controlar o diabetes? ACREDREMEDI.: _____</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não faz uso de remédios</p>	<p>33 O Sr(a) acredita que o seguimento da dieta e a prática de exercício físico ajudam a controlar o diabetes? ACREDATVFISSDIE.: _____</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>
<p>34 O Sr(a) preocupa-se em verificar o nível de glicose no sangue? PREOCGLICO.: _____</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>35 Como é para o Sr(a) tomar os medicamentos/ aplicar a insulina todos os dias? TOMARMEDI.: _____</p> <p>(1) Bom (4) Péssimo (2) Indiferente (5) Não faz uso de medicamentos (3) Ruim</p>
<p>36 Quando começou o tratamento houve a necessidade de mudar alguma coisa na sua rotina?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>MUDANÇROT.: _____</p>	

F) SUPORTE SOCIAL

37 Apoio Familiar - **APGAR DA FAMÍLIA**

Dimensões	Perguntas	Sempre 2	Algumas vezes 1	Nunca 0
A=Adaptação	O Sr(a) está satisfeito (a) ao recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está o incomodando ou preocupando?			
P=Companheirismo	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família e o Sr(a) conversa e compartilha os problemas?			
G=Desenvolvimento	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?			
A=Afetividade	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?			
R=Capacidade Resolutiva	O Sr(a) está satisfeito (a) com a maneira pela qual sua família e o Sr(a) compartilha o tempo juntos?			
Sub-Total				
Total				
Avaliação dos Resultados				APGFAM.: _____
(1) Elevada disfunção familiar = 0 a 4				
(2) Moderada disfunção familiar = 5 e 6				
(3) Boa funcionalidade familiar = 7 a 10				46 Escore: _____

Adaptado de: Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.

Diagnósticos de pontos vulneráveis

QUEM VIVE EM SUA CASA COM O SR(A)? Listar por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho (a) ou amigo(a))				Como atualmente o Sr(a) se dá com cada membro de sua família constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Mas	Fem			
MORA SOZINHO(A) - CITE AS PESSOAS A QUEM O SR(A) PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA Lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: membro da família, amigo(a), colega de trabalho, vizinho(a), etc)				Como atualmente o Sr(a) se dá com cada membro de sua família constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Mas	Fem			

Adaptado de: Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.

RELAÇÃO PROFISSIONAL/EQUIPE DE SAÚDE - PACIENTE

<p>38 O Sr(a) confia no médico que o atende no NAI? (1) Sim (2) Não</p> <p style="text-align: right;">CONFIAMED.: ____</p>	<p>39 O Sr(a) confia na equipe de profissionais que o atende no NAI? (1) Sim (2) Não</p> <p style="text-align: right;">CONFIAPROF.: ____</p>
<p>40 O Sr(a) entende as explicações sobre o diabetes? (1) Sim (2) Não (3) Não recebe explicações sobre o diabetes</p> <p style="text-align: right;">ENTENDEEXPLIC.: ____</p>	<p>41 O Sr(a) esclarece as suas dúvidas sobre o tratamento no momento da consulta? (1) Sim (2) Não</p> <p style="text-align: right;">ESCLARECEDUV.: ____</p>
<p>51 Qual o profissional de saúde que orienta o Sr(a) sobre o tratamento? ORIENTINFOR.: ____</p> <p>(1) Médico (5) ACS (2) Enfermeiro (6) Aux. ou Téc. Enf. (3) Nutricionista (7) Médico e Nutricionista (4) Fisioterapeuta (8) Não recebe orientações sobre o tratamento</p>	<p>52 O Sr(a) faz parte de grupos educativos para o diabetes? (1) Nunca foi convidado (2) Foi convidado, mas não participou (3) Participou uma vez (4) Participou mais de uma vez</p> <p style="text-align: right;">GRUPODIAB.: ____</p>

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DIABETES NO IDOSO: fatores associados à adesão terapêutica

Autora: Anna Karla de Oliveira Tito Borba

Endereço para contato: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE.
CEP: 50670-901.

E-mail: anninhatito@hotmail.com

Telefone: (81): 21268566

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Vânia Pinheiro Ramos

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,
CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo conhecer os fatores relacionados à continuidade do tratamento em idosos diabéticos atendidos no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. As informações obtidas servirão para elaboração do trabalho para conclusão do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e serão coletados através de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Bem como, caso não concorde em participar da pesquisa também não terá nenhum prejuízo nos atendimentos realizados no serviço. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo também respeitada sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Enfermagem em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida do idoso diabético, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área do idoso com diabetes e a melhorar o cuidado prestado através do conhecimento dos fatores relacionados a continuidade do tratamento para a realização de grupos educativos. Além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas sobre o tratamento.

Após leitura do documento e esclarecida as dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante ou acompanhante

Testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

Testemunha

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados da revisão integrativa

Código da publicação _____

Tipo de estudo: quantitativo () qualitativo () quanti –qualitativo ()

Ano de publicação: _____ Base de dados: _____ Nível de evidência: _____

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explícita objetivo <input type="checkbox"/> explícita relevância do estudo	() Sim () Não
2. Há adequação da metodologia?	<input type="checkbox"/> A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações ?	() Sim () Não
3. Os procedimentos teóricos – metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Explícita os procedimentos metodológicos	() Sim () Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente ?	<input type="checkbox"/> explícita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	() Sim () Não
5. A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explícita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> explícita o uso do instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...)	() Sim () Não
6. A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa.	() Sim () Não
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	<input type="checkbox"/> Menção de aprovação pelo comitê de ética. <input type="checkbox"/> Menção do termo de consentimento autorizado	() Sim () Não
8. A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explícita o processo de análise. <input type="checkbox"/> explícita como as categorias de análise foram identificadas. <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados.	() Sim () Não
9. Os resultados foram apresentados claramente?	<input type="checkbox"/> explícita os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo	() Sim () Não
10. Qual a importância da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explícita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento...) <input type="checkbox"/> indica novas questões da pesquisa	() Sim () Não

Resultado:

Escore 06 a 10 pontos () Escore no mínimo 05 pontos ()

*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CAPS)

Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

ANEXO B - Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na revisão integrativa

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Revisão sistemática ou metáanálise (síntese das evidências de todos relevantes ensaios clínicos e randomizados)
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e / ou relatório de comitês de especialidades

Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: Step by step. *American Journal of Nursing*. 2010; *110*(5): 41-7.

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Av. da Engenharia, s/n – 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE.
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Ofício Nº. 032/2012 - CEP/CCS

Recife, 19 janeiro de 2012

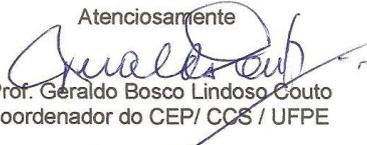
À
Mestranda Anna Karla de Oliveira Tito Borba
Pós-graduação em Enfermagem – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 397035
CAAE – 0495.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 005/11
Título: Diabetes no Idoso: fatores associados à adesão terapêutica
Pesquisador Responsável: Anna Karla de Oliveira Tito Borba

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 10/01/2012 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê nesta data.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

ANEXO D – Termo de Anuência para Pesquisa



Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Pró-Reitoria de Extensão - Proext
Programa do Idoso – Proidoso

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber **Anna Karla de Oliveira Tito Borba**, aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, facultando-lhe o uso das instalações do Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/PROIDOSO/PROEXT/UFPE, a qual sob a orientação da Prof^ª. Ana Paula de Oliveira Marques, desenvolverá o projeto de pesquisa intitulado “Diabetes no idoso: fatores associados à adesão terapêutica”, informamos que a coleta dos dados deverá ser previamente agendada junto a Secretaria Administrativa do NAI, bem como só será iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS/UFPE).

Recife, 14 de fevereiro de 2011.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mário Roberto Agostinho da Silva'.

Mário Roberto Agostinho da Silva

Secretário Administrativo do NAI/PROIDOSO/PROEXT/UFPE



Campus da Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego S/N – CDU – Recife. CEP: 50.739 – 970
NAI- Fone: 2126-7366 /Fax: 2126-7367.

ANEXO E – Comprovante de Encaminhamento do Artigo ao Periódico

Revista Gaúcha de Enfermagem



[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#)

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

[ATIVO](#) [ARQUIVO](#)

<u>ID</u>	<u>MM-DD ENVIADO</u>	<u>SEÇÃO</u>	<u>AUTORES</u>	<u>TÍTULO</u>	<u>SITUAÇÃO</u>
17948	24-12	ARI	BORBA, MARQUES, LEAL, RAMOS	PRÁTICAS EDUCATIVAS EM DIABETES MELLITUS: REVISÃO...	EM AVALIAÇÃO

1 a 1 de 1 itens

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:
anna-karla

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(1\)](#)
- [Nova submissão](#)

ANEXO F - Normas de Publicação da Revista de Gaúcha de Enfermagem

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. A submissão dos artigos é online no site: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar **uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais**, elaborada conforme modelo da Revista (disponível em: “Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), e seguir as orientações de envio da Revista.

Para submeter manuscritos não é preciso ser assinante. Se o manuscrito for aprovado e designado para publicação os autores terão que arcar com a taxa de tradução (inglês).

Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar **o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa**.

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista publica artigos nas seguintes seções: Editorial, artigos originais, artigos de revisão sistemática e revisão integrativa da literatura, artigos de reflexão, relatos de experiência, comunicações breves, resenhas e cartas ao editor.

Artigos de revisão sistemática e revisão integrativa da literatura: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de **5.000 palavras** no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências).

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo *Vancouver*, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito.

Ex.: **TÍTULO; RESUMO; RESUMEN; ABSTRACT; INTRODUÇÃO** (seção primária); **Histórico** (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (*Resumen*) e para o Inglês (*Abstract*), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método, resultados, discussão e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos: introdução, objetivos, resultados e considerações finais.

Descritores: de 3 a 6 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português

(Descritores), Espanhol (*Descriptores*), e Inglês (*Descriptors*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), que apresenta os descritores nos três idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário;

Título em outros idiomas: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (*Título*), e Inglês (*Title*). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma;

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4,5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7).

Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de *Vancouver*, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados.

Os trabalhos poderão ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até **quatro** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **gráficos e quadros** devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos.

Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados;

- **tabelas** devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela;

- demais **ilustrações** tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista;

Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo;

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

- Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1. Artigo padrão

Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ*. 2001;323(7319):962-6.

2. Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

3. Indivíduo e instituição como autores

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2003;169(6):2257-61.

4. Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1996;27(1):238-49.

5. Volume com suplemento

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10.

6. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6 Suppl):1689-93.

7. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.

8. Indicação do tipo de artigo, se necessário

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4): 453-4.

Livros e outras monografias

9. Indivíduo como autor

Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

10. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed;2008.

11. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

12. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Conduas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

13. Livro com indicação de série

Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

14. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem*; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

15. Dissertação e Tese

Schimith MD. *Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados

16. Artigo de Jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

17. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. *Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]*. Secaucus: Network for Continuing Medical Education; 2002.

18. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9.

19. Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

20. No prelo

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

- As expressões “Disponível em” e “citado”, em Espanhol são “Disponible en” e “citado”, e em Inglês, “Available from” e “cited”.

21. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/>

22. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 maio 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

ANEXO G – Normas de Publicação da Revista de Saúde Pública

Instruções aos autores

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo que neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão.doc, txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas. Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma - Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095,

DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto - Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.