

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Data de submissão: 08/02/2023

Data de aceite: 01/03/2023

João Ricardo Miranda da Cruz

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-4316-481X>

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

RESUMO: A diabetes reporta-se a um grupo de perturbações metabólicas que se caracteriza pela presença de hiperglicemia, cuja prevalência tem aumentado a nível global, constituindo um grave problema de saúde pública, com elevada morbidade e mortalidade, com implicações sobre os sistemas de saúde. A diabetes *mellitus* tipo 2 constitui o tipo de diabetes mais comum, podendo causar complicações agudas e crónicas. A prevalência das complicações crónicas é elevada, de que são exemplo a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia, entre outras. A adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (alimentação saudável, atividade física, entre outros) torna-se

relevante para retardar e evitar muitas das complicações. Constituem medidas de extrema importância a monitorização dessa adesão, e consecutivamente após diagnóstico, a implementação de intervenções de enfermagem que visem combater a não adesão, medidas integradas no âmbito de uma equipa multidisciplinar, podendo ser destinadas ao indivíduo/família e comunidades. Relativamente às intervenções, destacam-se as ações de índole educativo, comportamental e motivacional, visando o incremento da autonomia no autocuidado, em domínios considerados relevantes para gestão eficaz da diabetes, tais como: a alimentação, a atividade física, a monitorização da glicemia, o cuidado com os pés e uso da medicação.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Fatores de risco; Cuidados de Enfermagem; Cooperação e Adesão Terapêutica.

NURSING INTERVENTIONS IN ADHERENCE TO THERAPEUTIC REGIMEN IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Diabetes is a group of metabolic disorders characterized by the

presence of hyperglycemia, the prevalence of which has increased worldwide and constitutes a serious public health problem, with high morbidity and mortality, with implications for health systems. Type 2 diabetes mellitus is the most common type of diabetes, and it may cause acute and chronic complications. The prevalence of chronic complications is high, such as retinopathy, nephropathy, and neuropathy, among others. Adherence to drug and non-drug therapy (healthy diet, physical activity, among others) is important to delay and prevent many complications. Therefore, it is extremely important to monitor this adherence and, consecutively, after diagnosis, to implement nursing interventions to combat non-adherence. These measures are integrated within a multidisciplinary team and can aim both the individual/family and communities. Regarding interventions, we highlight educational, behavioral, and motivational actions aimed at increasing autonomy in self-care in areas considered relevant to the effective management of diabetes, such as nutrition, physical activity, blood glucose monitoring, foot care, and use of medication.

KEYWORDS: Diabetes *Mellitus*, Type 2; Risk factors; Nursing Care; Treatment Adherence and Compliance.

1 | INTRODUÇÃO

Tendo por base o relatório emanado pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2021), em Portugal encontravam-se inscritas no Serviço Nacional de Saúde mais de 830 mil pessoas com diabetes, constituindo um dos países da Europa com uma das prevalências mais elevadas. Em 2019, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foram responsáveis por 4947 óbitos de residentes em Portugal, ocorrendo 3834 óbitos devido à diabetes *mellitus*, representando 3,4% da totalidade de óbitos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021). No ano de 2020, ao nível dos cuidados de saúde primários, estavam registados 764556 utentes com diabetes tipo 2. Representa um problema de saúde pública, atendendo ao incremento da sua prevalência na população, à elevada mortalidade, às complicações associadas, que se podem repercutir de forma significativa na qualidade de vida dos portadores e suas famílias, cujos meios/tratamentos acarretam elevados custos económicos para os próprios e suas famílias, bem como para os sistemas de saúde. Muitas das complicações podem ser proteladas ou evitadas, se existir uma gestão adequada da doença. Para além da adesão ao regime terapêutico medicamentoso, a adesão ao regime terapêutico não medicamentoso (alimentação saudável, atividade física regular e adequada) é de extrema importância para o controlo da doença.

O presente trabalho baseia-se numa revisão da literatura, em que se procurou essencialmente: apontar as principais complicações associadas à diabetes *mellitus*; identificar os principais fatores de risco associados à diabetes *mellitus*; salientar a importância da realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado (não farmacológico/farmacológico); abordar as principais intervenções/estratégias de enfermagem na adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2.

21 DIABETES MELLITUS: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, SEMIOLOGIA E COMPLICAÇÕES

A diabetes *mellitus* constitui uma doença crónica, que abarca um grupo de doenças metabólicas, no qual níveis elevados de glicose ao nível sanguíneo (hiperglicemia) a caracterizam (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021). Segundo Williams (2020) a classificação mais atual da diabetes *mellitus* tem por base a sua etiologia ou causa. A primeira categoria reporta-se ao tipo 1, resultante de uma destruição por autoimunidade ou por causa desconhecida das células β do pâncreas. A segunda categoria reporta-se ao tipo 2, decorrente de uma combinação da resistência à ação da insulina e por secreção compensatória inadequada. Uma terceira categoria diz respeito a outros tipos de específicos de diabetes, fruto das suas etiologias singulares, relacionadas com defeitos genéticos, doenças exócrinas do pâncreas, fármacos ou substâncias químicas. Uma quarta categoria respeitante à diabetes gestacional que pode desenvolver-se durante a gravidez. A Associação Americana de Diabetes (ADA) apresenta esta classificação na sua versão de 2021 (ADA, 2021).

Em Portugal, a DGS (2011) havia emanado uma norma (nº 002/2011) que estabelecia o diagnóstico e a classificação da diabetes *mellitus*, cuja classificação contemplava estes quatro tipos: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2; Diabetes gestacional; Outros tipos específicos de diabetes.

A diabetes *mellitus* do tipo 2 constitui segundo Carvalheiro (2013, p.465) uma “doença heterogénea resultante de defeitos genéticos, ambientais e metabólicos que contribuem para os defeitos-chave: resistência à insulina e incapacidade de secreção compensatória de insulina pela célula β pancreática”. A resistência à insulina e a secreção anormal de insulina estão na base na diabetes *mellitus* tipo 2, sendo que, segundo Powers (2017), a maior parte dos estudos apontam que a resistência à insulina precede essa secreção, pelo que a diabetes se instala apenas quando essa secreção se torna inadequada. O autor destaca ainda que a diabetes *mellitus* do tipo 2: “é precedido por um período de homeostase anormal de glicose classificada como glicemia em jejum alterada ou tolerância à glicose diminuída” (POWERS, 2017, p. 2398).

A diabetes *mellitus* do tipo 2 constitui o tipo mais comum, podendo surgir sintomas semelhantes à diabetes tipo 1, contudo regra geral estes são menos dramáticos, como nos refere a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2021). Os sintomas e sinais característicos compreendem, a poliúria, a polidipsia, a polifagia e o emagrecimento, sendo que os sinais podem ter pouca expressão (CARVALHEIRO, 2013), podendo não ser valorizados pelo doente. Outros sintomas podem surgir, tais como: a fadiga, as alterações súbitas da visão, os formigueiros e a dormência das mãos/pés, a secura da pele, a presença de lesões cutâneas e a lentificação do processo de cicatrização de feridas, as infeções recorrentes (HINKLE e CHEEVER, 2015).

Segundo Freitas (2012) a diabetes *mellitus* pode levar a complicações crônicas ao nível macrovascular e microvascular. As macrovasculares são respeitantes aos vasos de grande calibre, onde se inclui a doença arterial coronariana, a doença cerebrovascular e a doença vascular periférica. Os efeitos deletérios que atingem a circulação são responsáveis, ao longo do tempo, pelo aparecimento de complicações microvasculares, de que são exemplo a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia. Como nos refere ainda a autora, complicações como as que ocorrem ao nível oftalmológico e neurológico, levam ao declínio considerável da qualidade de vida, com distintos graus variáveis de incapacidade e invalidez. Relativamente à população mais idosa, Santos (2014) refere que todas as complicações clássicas podem surgir, numa maior frequência, tais como: a neuropatia autonómica, a nefropatia, a retinopatia, a disfunção erétil, e as úlceras dos pés, entre outras. Na diabetes *mellitus*, para além das complicações crônicas, podem surgir complicações agudas, decorrentes de desequilíbrios a curto prazo nos níveis de glicemia, tais como: a hipoglicemia, a síndrome hiperosmolar hiperglicémico, e a cetoacidose diabética (HINKLE e CHEEVER, 2015), sendo que esta última apesar de ser mais comum na diabetes *mellitus* tipo 1, pode ocorrer também na diabetes *mellitus* tipo 2.

3 I DIABETES MELLITUS: FATORES DE RISCO, IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O aumento da esperança de vida, as alterações do estilo de vida que se traduzem numa alimentação densamente calórica e o sedentarismo crescente, incrementam a prevalência da diabetes (GOMES e MELO, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) enumera a idade, a obesidade, os estilos de vida pouco saudáveis e a diabetes gestacional prévia, como fatores que fomentam o risco de desenvolvimento da diabetes *mellitus* do tipo 2. A IDF (2021), relativamente às causas da diabetes *mellitus* do tipo 2, destaca uma forte ligação com: o excesso de peso, a obesidade, o aumento da idade, a etnia e a história familiar.

Segundo o Ministério da Saúde (2018), quanto maior for o nível educacional do indivíduo menor será o risco para sofrer de doenças crônicas, argumento que se apoia nas menores prevalências de doenças crônicas encontradas em indivíduos com maior nível educacional, no qual inclui a diabetes, a hipertensão arterial, entre outras. Temos assistido a um incremento do nível educacional na população portuguesa, contudo ainda nos deparamos com um número considerável de portugueses com um nível baixo de escolaridade, correspondendo à população mais envelhecida. Existem fatores de risco individuais e sociais que condicionam a prevalência e incidência das doenças crônicas, tais como o excesso de peso, os hábitos alimentares inadequados, a vida sedentária, os hábitos tabágicos e o alcoolismo. De facto, a mesma fonte destaca que o excesso de peso e a obesidade constituem dois importantes fatores de risco que amplificam a carga de doença na população portuguesa. O papel da atividade física é decisivo para a saúde

e o bem-estar das populações, sendo determinante para a prevenção de várias doenças crónicas não transmissíveis, no entanto, o estilo de vida das sociedades europeias tem-se pautado por comportamentos de menor atividade, cuja economia se sustenta cada vez mais em profissões com elevado grau de sedentarismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). As doenças crónicas impactam negativamente sobre as economias dos países, fruto da menor produtividade, do incremento do absentismo laboral e dos gastos com a saúde.

A doença é por vezes diagnosticada de forma oportunista ou através das manifestações resultantes das complicações crónicas, sendo que o estabelecimento do diagnóstico precoce e a disponibilização do tratamento eficaz, em tempo oportuno, tornam-se fulcrais (CARVALHEIRO, 2013). Para a ADA (2021) a diabetes tipo 1 e a diabetes tipo 2 constituem doenças heterogéneas, cuja apresentação clínica e respetiva progressão podem variar de forma muito distinta, pelo que o correto diagnóstico é importante para determinar a terapia.

Em Portugal, a norma 002/2011 emanada pela DGS em 2011 definiu os seguintes critérios de diagnóstico da diabetes *mellitus* (DGS, 2011, p.1):

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

De referir que nesta norma se evidencia, ainda, que numa pessoa assintomática o diagnóstico de diabetes não deve ser realizado com base em apenas um único dado anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo existir uma segunda análise para confirmação, realizada após uma a duas semanas. O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, efetua-se atendendo aos seguintes parâmetros (DGS, 2011, p.1): “a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l); b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l)”.

A anamnese e o exame físico do paciente, integrados na abordagem da pessoa com diabetes *mellitus*, devem avaliar, quer os sinais e sintomas relacionados com a hiperglicemia aguda, quer a existência de complicações crónicas e condições associadas (POWERS, 2017).

Na abordagem terapêutica da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2, a IDF (2021) enfatiza-nos que a pedra angular reside na promoção do estilo de vida saudável, que integre uma dieta saudável, atividade física de forma regular, cessação tabágica, manutenção do peso corporal considerado saudável, se estas não forem suficientes irá associar-se então um tratamento farmacológico.

O tratamento da diabetes *mellitus* deve contemplar para além do controlo da hiperglicemia e respetivos sintomas, a prevenção, a avaliação e o tratamento das complicações que ocorrem ao nível microvascular e macrovascular, atendendo sempre à heterogeneidade clínica e funcional (FREITAS, 2012). Uma correta gestão da diabetes inclui o controlo de outros fatores de risco cardiovascular (colesterol), essenciais para a prevenção de complicações vasculares (DGS, 2021).

A administração de insulina constitui o principal tratamento da diabetes *mellitus* tipo 1 (HINKLE e CHEEVER, 2015), enquanto o tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 pode passar apenas pela necessidade de se efetuarem alterações no estilo de vida, contudo se forem insuficientes então recorre-se aos antidiabéticos orais (em monoterapia ou em associação), sendo que nalguns casos pode mesmo ser necessário integrar injeções de insulina (IDF, 2021).

Os mecanismos de ação dos medicamentos antidiabéticos orais podem ser distintos: por estimulação da secreção de insulina; por redução da resistência periférica à insulina; por redução da velocidade de absorção dos glicídios; por redução da produção hepática de glicose (FREITAS, 2012). Na diabetes *mellitus* tipo 2 com indicação de utilização de antidiabéticos orais, a metformina integra a primeira linha, sendo que, se o tratamento com um único medicamento não for suficiente recorre-se então a uma terapia combinada (IDF, 2021). O tratamento farmacológico prescrito pelo médico contemplará vários fatores. Neste sentido, nas recomendações nacionais da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2, atualizadas em 2018/19 com base na posição conjunta da ADA e da ESAD (European Association for the Study of Diabetes), estão incluídas referências específicas para populações que se encontrem em determinada situação:

Relativamente à terapêutica medicamentosa, na decisão clínica deve ser dada particular atenção à presença de doença cardiovascular ou doença renal crónica, aos idosos em situação frágil, às pessoas em que a ocorrência de hipoglicemias seja potencialmente mais gravosa e aos obesos" (DUARTE *et al.*, 2018).

O controlo do sucesso do tratamento contempla a avaliação da hemoglobina glicada (HbA1c) do paciente (POWERS, 2017). O tratamento farmacológico não diminui a importância das medidas não farmacológicas, aspeto de extrema importância a relevar na abordagem terapêutica.

4 | ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM DIABETES / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) a adesão ao regime terapêutico reporta-se ao grau ou extensão do comportamento de uma pessoa relativamente à toma de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à alteração dos hábitos e estilos de vida,

correspondendo às recomendações emanadas pelos profissionais da saúde. Os principais fatores determinantes para a adesão terapêutica foram classificados em cinco grupos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003): os socioeconômicos; os que se relacionam com o sistema e equipa de saúde; os que se relacionam com a condição – doença; os que se relacionam com a terapia; e os relacionados com o utente.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a adesão constitui um foco de atenção, entendido como:

Status positivo: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente). (ICN, 2019, on-line)

No que concerne ao regime terapêutico medicamentoso, para a sua avaliação podem ser utilizados, segundo Farmer (1999), métodos diretos (através da observação direta do doente ou recorrendo-se à avaliação do fármaco/metabolitos ao nível do sangue/urina) e/ou métodos indiretos (através da recolha de informação por relato do doente). No âmbito dos métodos indiretos, vários instrumentos têm sido desenvolvidos. A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), é um desses instrumentos que tem sido integrado nalguns estudos, cuja adaptação e validação para população portuguesa foi realizada por Delgado e Lima (2001), escala constituída por sete itens, a avaliar com base numa escala de *Likert*, permitindo em relação ao uso diário de medicamentos, avaliar o comportamento do indivíduo.

A não adesão medicamentosa na pessoa com diabetes tipo 2 é comum, podendo conduzir a resultados adversos, sendo que vários fatores podem contribuir para tal, como a má perceção dos benefícios do tratamento, a complexidade do tratamento e os efeitos adversos, pelo que é evidente que os profissionais de saúde podem ter de se concentrar na melhoria dessa adesão antes de considerarem terapias adicionais (KHUNTI, Nitisha; KHUNTI, Nehal; KHUNTI, Kamlesh, 2019).

Correia (2018), num estudo de cariz quantitativo, no qual um dos objetivos pretendia identificar o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso (dimensões do autocuidado) dos participantes em estudo, envolvendo uma amostra de 102 utentes com diabetes *mellitus* tipo 2, em que se aplicou para além da escala validada por Delgado e Lima (2001), a escala de Avaliação do Autocuidado na Diabetes, em dois momentos de avaliação, um primeiro momento destinado a determinar os indivíduos que se enquadravam na não adesão e em quais dimensões do autocuidado a mesma se verificava, encontraram resultados mais favoráveis (de adesão) ao nível da toma da medicação e

relativamente aos cuidados em relação aos pés. No lado oposto, encontraram-se resultados mais desfavoráveis, ao nível da atividade física, alimentação geral e específica. Foi possível constatar ainda, que após a execução da intervenção psicoeducativa realizada por um enfermeiro de família se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível médio de adesão para totalidade das atividades do autocuidado. Num estudo qualitativo de natureza indutiva, efetuado por Oliveira e José (2022), em que se procurou compreender como a pessoa idosa com diabetes *mellitus* tipo 2 geria o seu regime medicamentoso, envolvendo uma amostra de doze pessoas, na sua conclusão salientaram-se como fatores preditores da não adesão, a complexidade medicamentosa, o custo dos medicamentos, bem como a relação que se estabeleceu entre o doente e o profissional de saúde. Face aos resultados, as autoras destacam que a complexidade das experiências vivenciadas pelas pessoas idosas face ao regime medicamentoso deve ser considerada pelos enfermeiros, realizando-se um diagnóstico atempado das pessoas que apresentam uma gestão do regime medicamentoso ineficaz, e conseqüentemente, desenvolvendo intervenções que contrariem as condicionantes que contribuem para a não adesão, promovendo-se o autocuidado.

No Brasil, Santos *et al.* (2020) procuraram identificar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e as práticas assistenciais prestadas às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 por parte das equipas da Estratégia Saúde da Família (ESF), envolvendo uma amostra de 409 pessoas, tendo encontrado uma boa adesão ao nível do regime medicamentoso e uma baixa adesão ao nível do regime não medicamentoso, indicando nas suas conclusões que: “as equipas da ESF precisam ampliar a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção e controle da doença e suas complicações”. (SANTOS *et al.*, 2020, p.1). No mesmo estudo foi possível verificar uma associação entre a boa adesão ao tratamento medicamentoso e a participação em atividades educacionais em saúde. Portela *et al.* (2022), num estudo respeitante a uma amostra de 270 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, avaliaram a sua adesão às atividades de autocuidado (alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e uso da medicação). Os autores constataram que a adesão foi mais favorável ao nível do uso dos medicamentos e dos cuidados com os pés, e menos favorável ao nível da monitorização da glicemia, prática da atividade física e alimentação geral. Encontraram-se valores estatisticamente significativos entre algumas das atividades de autocuidado e as variáveis sociodemográficas e clínicas em estudo. Face aos resultados verificados, os autores destacam relativamente ao contexto da prática clínica, o papel do enfermeiro para a implementação de ações de índole educacional, comportamental e motivacional, às pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e sua família, com a finalidade de se obter uma adesão mais favorável às atividades de autocuidado com a diabetes, valorizando-se a individualidade.

No âmbito da temática (diabetes *mellitus* tipo 2), Sousa *et al.* (2021, p.22) enfatizam:

“são várias as intervenções que poderão ser realizadas para apoiar a pessoa no cuidado com a sua doença, mas parece que as que traduzem maior impacto em termos de autocuidado estão integradas em programas de autogestão”.

A gestão terapêutica da diabetes implica, segundo Figueiredo (2022, p.3):

uma atuação a nível do controlo glicémico, alimentação, regime de exercício físico, gestão de regime medicamentoso e vigilância dos pés, estando muito dependente do doente, da sua capacidade para a gestão e na sua volição para a adesão ao regime terapêutico.

Tendo por base o documento emanado pela DGS (2021) relativo ao Programa Nacional para a Diabetes – Desafios e Estratégias 2021, somente 46% das pessoas com diabetes, apresentava registo da gestão do regime terapêutico, relativamente aos hábitos alimentares, exercício físico e regime medicamentoso.

Na diabetes *mellitus*, para além do tratamento farmacológico, essencial para controlar a hiperglicemia, outros aspetos devem ser tidos em consideração, de que é exemplo a educação do paciente diabético, no qual segundo Eliopoulos (2014), áreas importantes devem ser aqui abordadas, ao nível: geral, no que concerne ao conhecimento da doença (definição e descrição da diabetes mellitus); nutricional (grupos de alimentos, necessidades dietéticas, compreensão dos rótulos, entre outros); da atividade e exercício; da medicação (ações, dosagem, administração correta, precauções, efeitos adversos e interações); da monitorização; do reconhecimento da hipoglicemia e da hiperglicemia (descrição e prevenção). A mesma fonte enumera como principais diretrizes gerais para a educação do paciente:

Avaliar a disposição para a aprender; avaliar capacidades e limitações para a aprendizagem; desenhar o conteúdo da apresentação; modificar o plano de educação com base nas capacidades e limitações; preparar o paciente para a sessão de ensino-aprendizagem; eleger um ambiente que propicie a aprendizagem; usar material educativo individualizado mais eficaz; usar vários enfoques para mesmo corpo de conhecimento; deixar material ao paciente para sua revisão posterior; reforçar pontos chave; obter retroalimentação; reavaliar de forma periódica; documentar (ELIOPOULOS, 2014, p.379).

De igual forma, Hinkle e Cheever (2015) destacam que a componente educacional deve merecer um enfoque contínuo da abordagem de enfermagem, considerada fulcral para um autocuidado competente, uma vez que os pacientes portadores de diabetes necessitam dominar os conceitos e as habilidades essenciais para um tratamento a longo prazo e evitar potenciais complicações. Estes autores relevam o papel vital dos enfermeiros ao nível da orientação do cliente, no que concerne à avaliação das habilidades de autocuidado, no proporcionar orientação básica, no reforço da orientação por parte de um especialista, entre outros, sendo que qualquer método de orientação deve ser individualizado, exigindo flexibilidade nas abordagens.

O atendimento de um doente com diabetes *mellitus*, seja tipo 1 ou 2, requer uma

abordagem multiprofissional, sendo que para o sucesso dessa equipa, é deveras importante: a participação, o influxo e o entusiasmo do paciente (POWERS, 2017).

Castro e Soares (2020), tendo por base um estudo quasi-experimental, em que se procurou conhecer o efeito de um programa de educação para a saúde sobre o conhecimento da diabetes, capacitação para o autocuidado e literacia em saúde, numa amostra de 40 pessoas idosas com diabetes tipo 2, constataram a eficácia do programa, na medida em que se obteve um aumento do nível de conhecimentos acerca da doença, e contribuiu de forma positiva na capacitação do paciente idoso na gestão das atividades de autocuidado, com incremento do nível de literacia.

Sousa, Neves e Carvalho (2018), relevam a importância das consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, tal como preconizado pelo modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, envolvendo uma equipa multidisciplinar, visando o aumento da prevenção e controlo da diabetes, por meio da articulação entre os vários níveis de cuidados. Os autores enfatizam a necessidade de incluir uma consulta de enfermagem:

A consulta de enfermagem justifica-se porque as questões associadas à autogestão da doença implicam ter em atenção o potencial que a pessoa tem para melhorar o seu conhecimento e as capacidades para lidar com a sua condição de saúde e doença. Por outro lado, a sua realização justifica-se pelo facto dos enfermeiros serem elementos centrais no desenvolvimento de estratégias de suporte à autovigilância e à gestão dos diferentes regimes terapêuticos (SOUSA, NEVES e CARVALHO, 2018,p. 63)

Como nos salienta Portela *et al.* (2021) a adesão às atividades de autocuidado no tratamento da pessoa com diabetes representa um desafio diário para as equipas de saúde, onde se integra a enfermagem.

5 | CONCLUSÃO

Nesta revisão da literatura, o principal enfoque incidiu na diabetes *mellitus* do tipo 2, cuja prevalência tem aumentado de forma considerável ao nível global, constituindo um problema grave de saúde pública, com repercussões negativas sobre o indivíduo/família e sociedade. Como principais fatores de risco da diabetes *mellitus* descortinaram-se: o incremento da idade, a história familiar, o sedentarismo, a alimentação inadequada, o excesso de peso, entre outros. Ficou evidente a importância da adesão ao regime terapêutico não medicamentoso e medicamentoso para o controlo da glicemia, visando essencialmente, atrasar e evitar muitas das complicações que comumente encontramos associadas à diabetes *mellitus* (retinopatia nefropatia, neuropatia). Nesse sentido, integrados numa equipa multidisciplinar, realça-se o papel dos enfermeiros, na monitorização, diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções (ao nível educacional, comportamental e motivacional) que promovam a melhor adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus*.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes – 2021. **Diabetes Care**, V. 44, suppl.1, p. S15-S33, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>

CARVALHEIRO, M. Fisiopatologia do Aparelho Endócrino. In: PINTO, Anabela Mota (org.). **Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações**. 2.^a ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2013. p. 437-466.

CASTRO, R.; SOARES, S. Literacia em saúde e o autocuidado e autocontrolo no idoso com diabetes tipo 2. **Investigación em Enfermería: Imagen y Desarrollo**, V.22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.Isaa>

CORREIA, Luciana Isabel dos Santos. **Intervenção do Enfermeiro de Família na Adesão ao Regime Terapêutico no utente com Diabetes Mellitus tipo 2**. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Aveiro, Universidade de Aveiro, Portugal, 2018. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/24216>. Acesso em: 28 de jan. 2023

DELGADO, A. B.; & LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia Saúde & Doenças**, v.2 n.2, p.81-100, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus**. Circular normativa 002/2011, 2011. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS 2021**, 2021 Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-pnd2021-pdf.aspx>. Acesso em: 14 jan. 2023.

DUARTE, R. *et al.* Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD. **Revista Portuguesa de Diabetes**, vol.13, nº4, p.154-180, 2018. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro-2018-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-154-180.pdf>

ELIOPOULOS, C. **Enfermería Gerontológica**. Tradução Bardo A. L. Mendoza, Juan R.P. Martínéz, Eumir U. Farcug, Margarita R.M. Rangel. 8^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer España, Cap. 18, 2014. p. 225-250,

FARMER, K.C. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. **Clin Ther**. [S. l.], V. 21, nº6, p.1074-90, 1999. Doi: 10.1016/S0149-2918(99)800265. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10440628/>

FIGUEIREDO, R.M.F.M. **Gestão ineficaz do regime terapêutico: diagnóstico de situação numa população de diabéticos**. Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/38250>

FREITAS, E. Diabetes mellitus. In FREITAS, Elizabete Viana; MOHALLEM, Kalil Lays; GAMARSKI, Roberto; PEREIRA, Sílvia Regina Mendes (Org.). **Manual Prático de Geriatria**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, cap. 20, 2012. p. 233-246.

GOMES, L.; MELO, M. Patologia endocrinometabólica e envelhecimento. *In Geriatria fundamental*. VERÍSSIMO, Manuel (Org.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2014. p. 285-290.

HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **BRUNNER & SIDDART - Manual de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Tradução Patricia Lydie Voeux, 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2015. p. 243-254.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP Browser**, 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 2021**, 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde 2019**, 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=492336067&att_display=n&att_download=y

KHUNTI, Nitisha; KHUNTI, Nehal; KHUNTI, Kamlesh. Adherence to type 2 diabetes management. **The British Journal of Diabetes**, V.19, nº2, 99-104, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15277/bjd.2019.223>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Retrato da Saúde 2018**, Portugal, 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**, 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Classification of Diabetes Mellitus 2019**, 2019. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1233344/retrieve>

OLIVEIRA, C. J. S.; JOSÉ, H. M. G. Pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2: Contributos para a compreensão da gestão do regime medicamentoso. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Serie VI, n. 1, supl.1, e21029, p.1-8, dez. 2022. <https://doi.org/10.12707/RV21029>.

PORTELA, R. A. *et al.* Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n.º4, p.1-9, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260>.

POWERS, A. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e fisiopatologia. *In*: KASPER, Dennis; JAMESON, Larry; HAUSER, Stephen; FAUCI, Anthony. LONGO, Dan & LOSCALZO, Joseph. **Medicina Interna de Harrison** 19ªed. AMGH. 2017, P. 2398-2415.

SANTOS, L. *et al.* Adesão ao tratamento de diabetes mellitus e relação com a assistência na atenção primária. **Rev Min Enferm.**, p.1-9, 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200008>

SANTOS, L. Diabetes e envelhecimento. *In*: Verissimo, Manuel (Org.). **Geriatria fundamental**. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2014, p. 291-296.

SOUSA, Z.; NEVES, M.; & Carvalho, D. Consulta de Enfermagem: Como, Quando e Porquê? **Revista Portuguesa de Diabetes**, v.13, nº2, p. 63-67, 2018. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/07/RPD-Vol-13-n%C2%BA-2-Junho-2018-Artigo-de-Rev%C3%A3o-p%C3%A1gs-63-67.pdf>

SOUSA, M. R. *et al.* Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. *In*: Escola Superior de Enfermagem do Porto, **Autocuidado: um foco central da enfermagem**, pg. 15-26, 2021. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>

WILLIAMS, P. **Enfermeria Geriátrica**, 7ª ed., Barcelona: Elsevier, 2020. p.71-72