PROMOÇÃO DA SAÚDE NO DIABETES: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO

HEALTH PROMOTION IN DIABETES: STRATEGIES FOR CARE

Carlos Vinícius Ernandes Patrício
Professor, Alfa Unipac Aimorés, Brasil
Email: carlosviniciussaude@gmail.com

Jaqueline Ferreira Abrantes
Graduanda em Enfermagem pela Alfa Unipac Aimorés
Email: abrantes05@gmail.com

Patrícia Espanhol Cabral
Enfermeira, Professora, Alfa Unipac Aimorés, Brasil
Email: patyespanholmaria@gmail.com

Rodrigo Silva de Souza
Graduando em Enfermagem pela Alfa Unipac Aimorés
Email: rodrigosouzaes@outlook.com

Recebimento 28/03/2023 Aceite 08/05/2023

RESUMO

O presente artigo busca discutir sobre a promoção da saúde enquanto estratégia de cuidados as pessoas com diabetes mellitus (DM). Pretende-se inicialmente apresentar os desafios e as dificuldades na conceituação de saúde e do direito à saúde, bem como, os pontos básicos desta prática realizando uma breve discussão crítica através da pesquisa bibliográfica e sistematização do material levantado. A partir do levantamento bibliográfico tem-se observado que a promoção da saúde consubstanciando com outras variáveis como dieta alimentar adequada e e à realização regular de exercícios físicos, podem contribuir com a mudança no estilo de vida, e consequentemente uma melhora na qualidade de vida, permitindo que estas pessoas possam viver bem, mesmo sendo portadora de uma doença crônica como o DM.

Palavras Chave: Direito à saúde. Estratégias. Promoção de Saúde. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

This article seeks to discuss health promotion as a care strategy for people with diabetes mellitus (DM). It is initially intended to present the challenges and difficulties in the conceptualization of health and the right to health, as well as the basic points of this practice, carrying out a brief critical discussion through bibliographic research and systematization of the material raised. From the bibliographic survey, it has been observed that health promotion, consubstantiating with other variables such as adequate diet and regular physical exercise, can contribute to a change in lifestyle, and consequently an improvement in the quality of life, allowing that these people can live well, even with a chronic disease such as DM.

Keywords: Right to health. Health Promotion. Diabetes Mellitus

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo busca discutir sobre a promoção da saúde enquanto estratégia de cuidados as pessoas com *diabetes mellitus* (DM), pretendendo a partir desta discussão, compreender os seus desafios.

Portanto, partimos da compreensão que a preocupação com o estado de saúde do homem vem dos seus primórdios, possuindo raízes histórico culturais, seja nas referências mitológicas, bíblicas e rituais indígenas, chegando na atualidade com raízes cientificas através do conhecimento aferido pelo método cientifico, onde o surgimento de várias doenças, a preocupação em se proteger e cura-las, vem ganhando notoriedade e expressão no meio social, tendo em vista, a busca cada vez mais pelo crescimento da expectativa de vida e de melhores condições de saúde (BARRETO, 2004).

Historicamente o conceito empregado à saúde estava relacionada a ausência de doenças, onde se fundamentava no modelo flexneriano por meio de práticas médico curativas e individualistas, predominando as organizações privadas em detrimento a saúde pública, restringido o acesso a uma pequena parcela da população.

Na evolução histórica de se compreender os processos de saúde, percebe-se que o campo da saúde tem passado por inúmeras mudanças, seja no campo conceitual, nas formas de assistência prestada a população e até mesmo na sua organização e funcionamento (SCLIAR, 2007; ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 2001).

A discussão em torno do conceito ampliado de saúde começa a se engendrar diante de um cenário marcado pela instalação e manutenção de regimes ditatoriais em diversos países da América Latina nas décadas de 1960 a 1980.

No Brasil, esse pensamento ganha força com a intensa mobilização pelo processo de redemocratização do país, também impulsionado pela Reforma Sanitária que significou uma conquista incluída na carta constitucional de 1988 (TEIXEIRA, 2003).

A Saúde no Brasil percorreu longo caminho para que seu acesso fosse garantido como direito universal, sendo de responsabilidade do Estado garantir a população por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde, consumado em 1990 pelo Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 2001).

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 representou o marco de garantia da política pública de saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, conferindo às Conferências de Saúde e aos Conselhos de Saúde a responsabilidade de formular e fiscalizar a execução das ações de saúde, constituindo-se em importantes instrumentos de fortalecimento da participação popular nos espaços de decisões, sendo reafirmado na década seguinte com a criação do SUS em 1990, que além de dispor sobre a organização, funcionamento e financiamento desta política pública, instituiu a participação da comunidade por meio dos espaços colegiados enquanto princípio que deve guiar todas as ações e serviços públicos de saúde (CONASS, 2003).

Essa mudança de paradigma na compreensão dos elementos de saúde, permitiram alterações não apenas normativas, mais no sentido de se fazer saúde, das práticas de saúde, que já não são mais exclusivas do saber profissional médico, passando por saber transdisciplinares e interdisciplinar.

O *diabetes mellitus* do tipo 2 (DM2) tem alcançado proporções alarmantes, chegando a ser considerado uma epidemia. O número de adultos com diabetes no mundo subirá de 135 milhões, em 1995, para 300 milhões até o ano 2025 (WHO, 2003).

Este aumento numérico acontecerá principalmente em países em desenvolvimento. Haverá um aumento de 42%, de 51 milhões a 72 milhões, nos países desenvolvidos, e um aumento de 170%, de 84 milhões a 228 milhões, nos países em desenvolvimento. Assim, antes do ano 2025, 75% das pessoas com

diabetes residirão em países em desenvolvimento, em comparação com o índice de 62% em 1995 (WHO, 2003).

A campanha nacional de detecção de *diabetes mellitus* (DM), realizada no Brasil em 2001, detectou que em 70 milhões de pessoas avaliadas, ou seja, 71% da população-alvo, foram identificados 3,3 milhões de suspeitos de diabetes. Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, em todo o globo, 987.000 mortes no ano de 2002 ocorreram por conta do diabetes, representando 1,7% da mortalidade geral (BARBOSA; BARCELÓ; MACHADO, 2001).

O desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é complexo, sendo necessárias ações permanentes que não apenas foquem os indivíduos e as famílias de maneira isolada, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais destes. A baixa aderência aos tratamentos medicamentosos e, principalmente, a negligência quanto às mudanças necessárias de estilo de vida fazem com que aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas como o DM não obtenham melhoras no contexto da doença (OPAS, 2010).

Por isso dá importância de se estudar os processos de promoção de saúde no cuidado as pessoas com *diabetes mellitus*. Portanto, o caminho para se chegar ao conhecimento, perpassou pelo método científico, que reúne um conjunto articulado de procedimentos e técnicas científicos, sendo assim, para que conhecimento científico seja validado é necessário a verificação dos passos que o possibilitou (GIL, 2008).

Para o alcance dos objetivos deste estudo, utilizou-se da pesquisa exploratória, uma vez que “a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995, p. 321).

Como técnica de estudo, adotou-se a Pesquisa bibliográfica, por possibilitar o caminho de como obter as descobertas acerca do tema proposto, também nos permite o contato e a discussão do tema a partir de referências teóricas publicadas em livros, revistas, dissertações, teses, artigos, periódicos e outros, possibilitando assim, uma análise crítica e ampla do assunto estudado (FONSECA, 2002, p. 32).

Cervo e Bervian (1983, p. 55) escrevem que a pesquisa bibliográfica "explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos", encontrando um vasto conjunto de publicações acerca de temas cientificamente publicados, revisados e atestados pelos métodos científicos.

2. CONCEITOS BÁSICOS

Conceito de Saúde

O conceito de saúde não é estático e nem concebido de forma natural, mas sim, compreende o movimento da realidade histórica que envolve a humanidade, logo se inscreve a partir do contexto social, econômico, político e cultural.

> O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).

Segundo Minayo (2006) as representações de saúde e doença permeiam a construção histórica e cultural, havendo transformações no decorrer do tempo, cujas inter-relações são marcadas entre o homem e o seu ambiente.

> A saúde é um bem simbólico, fruto de uma construção histórica e social, das vivências próprias de cada pessoa, constituindo nas relações sociais do cotidiano diferentes concepções do que é saúde e doença, do que é um viver saudável, a partir das condições de vida de seu grupo social. Expressa também representações das instituições e do modo de organização da sociedade (MINAYO, 2006, p.189).

Durante a Antiguidade as representações entre saúde e doença tinham conotação mágica, compreendidas a partir das relações com fenômenos naturais e sobrenaturais, contra os quais o ser humano pouco, ou em nada, podia intervir, pois era a vontade dos deuses que se cumpria.

> [...] a doença foi concebida mediante crenças religiosas, onde duas correntes se faziam presentes. A primeira referia-se as “interpretações religiosas da doença como consequência da fatalidade [...] doença-maldição” (LAPLANTINE, 1991 apud SEVALHO 1993, p. 352) e a segunda mencionava a doença como “uma consequência necessária provocada pelo indivíduo ou pelo grupo [...] doença-punição” (LAPLANTINE, 1991 *apud* SEVALHO 1993, p. 352).

Contrariando o período anterior, durante a civilização grega, os gregos buscam explicações racionais para compreender a doença, sendo que sua influência

chegou a todo ocidente, espalhando-se por toda a Europa. A relevância significativa desde período foi atribuída a fatores de ordem ambiental, sazonal, trabalhista, social e outros (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Na Idade moderna, a nova estrutura econômica repercutiu na organização social e política, na ciência e na arte, resultando no movimento chamado Renascimento – que se opunha às forças dominantes da época: senhores feudais e reis e Igreja Católica (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Na idade contemporânea o capitalismo se expandiu consideravelmente, ocorreu crescente urbanização nos países europeus e a consolidação do sistema fabril. No entanto, surgiram sérios problemas sociais decorrentes dos fenômenos supracitados, instalou-se uma degradação significativa das condições de vida e trabalho.

Estudiosos do período chegaram à conclusão que as doenças eram resultantes de lugares insalubres, ou seja, com remoção deficiente de lixo e excreções, com superpopulação das habitações e dos processos fabris, com alimentação inadequada ou insuficiente, através de hábitos sedentários, ausência de estímulos físicos e mentais, monotonia de muitas profissões e preocupações e ansiedade da vida.

Em meados do século XIX, configurava-se, então, o Modelo Unicausal para explicação das doenças, ou seja, cada processo patológico era determinado por um microrganismo específico, sendo competência das práticas médicas identificarem o agente etiológico responsável pela doença em questão e combatê-lo através de vacinas ou produtos químicos (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

No século XX surgiu a medicina científica, cujo marco foi o Relatório Flexner, de 1910, onde o mesmo propunha uma reestruturação das escolas médicas através da ampliação na duração dos cursos de medicina, introdução do ensino laboratorial, expansão do ensino clínico, vinculação às Universidades, estímulo à pesquisa e especialização, controle do exercício profissional pela profissão organizada. O Relatório marca o surgimento do Modelo Biomédico ou Flexneriano, que se configurou uma prática assistencial individualista, com base clínica, centrada na

figura do médico e dependente de aparatos tecnológicos e de suporte especialista, ficando definido como conceito de saúde a ausência de doenças (MENDES, 1980).

Dos primórdios da humanidade até a atualidade, vários foram os conceitos de saúde apresentados e adotados no contexto governamental e não governamental, local e internacional, para formular ações de saúde para o atendimento das necessidades da humanidade, não havendo uma compreensão universalmente aceita do conceito de saúde, sendo que somente após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que mundialmente o conceito de saúde foi sendo difundido e adotado por vários países.

O Direito à Saúde

A Saúde, portanto, constitui um dos tripés da Seguridade Social, conquista que foi efetivada no Brasil, a partir dos anos de 80:

> Integram-se áreas da saúde, previdência e assistência num sistema de seguridade social, ampliando os mecanismos de financiamento para proteger os sujeitos em situação de vulnerabilidade ou aqueles incapacitados de exercer suas funções (CARLETO, 2011 p. 168)

O Estado institui a saúde como direito universal, destinados a todos os sujeitos em situação de vulnerabilidade social ou não. Porém o Sistema de Seguridade Social apresenta algumas deficiências:

> Por inúmeras razões a seguridade social, tal como inscrita na Constituição, não consegue se concretizar. O esquema criado precisava mais de uma proposta de integração institucional, normativa e uma gestão unificada; era imprescindível realizar reformas profundas para concretizar os princípios reitores da unificação, integralização e democratização. Entretanto, cada uma das políticas vinculou-se formalmente a um ministério setorizado e cada uma teve sua fonte de financiamento específica, assim como seus próprios instrumentos de gestão descentralizada. Portanto, suas ações continuaram a serem implementadas e forma desarticulada e autônoma, reforçando a clássica fragmentação das políticas setoriais, agora no interior mesmo do 'novo' sistema de seguridade social (PASTORINE, GALIZIA, 2006, p. 168)

Ressalta-se que se a saúde integra as políticas de proteção, tal fato adveio das lutas e movimentos que a classe trabalhista promoveu por anos. Portanto, se o Estado concedeu aos cidadãos brasileiros esse direito, e como muito bem afirma Mota acima, para que a efetivação deste se concretize, muito depende do nível de

socialização desta política, que somente se fará com maior conscientização dos indivíduos e na luta pelos seus direitos.

Os anos 80 representaram para o Brasil um momento ímpar no processo de democratização. A opressão sofrida desde o golpe da ditadura militar, despertou nos brasileiros uma forte noção de seus direitos:

> A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Dos profissionais que entraram em cena nesta conjuntura destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimentos sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para a discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2006, p. 96).

Em conjunto diversos atores sociais elegeram o mesmo escopo, que era a melhoria do sistema de saúde brasileiro, pois a mudança era de fato premente.

> As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder loca através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 96).

As propostas acima compuseram o que hoje é a Saúde no Brasil, resultado como vimos do esforço coletivo e da uniformidade de interesses. Variados grupos conseguiram chegar num consenso que melhor beneficiasse o povo brasileiro, que sempre sofreu as consequências das deficiências do sistema e dos interesses da burguesia. Estes sujeitos coletivos propuseram a universalização da saúde, concebendo-a como um direito social e um dever do Estado.

Ainda, Bravo (2006, p.97) “[...] A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma Sanitária”. O país diante da crise e da demanda que apresentava enormes índices de desigualdade social afirma a intenção de estender

os direitos sociais. Para Teixeira (1989: 50-51), os aspectos mais relevantes aprovados pela Constituição foram:

> O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação a comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Ficou estabelecido no Art. 96 da Constituição Federal de 1988 que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 54).

Diabetes Mellitus (DM)

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes

podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

O *diabetes mellitus* do tipo 2 (DM2) tem alcançado proporções alarmantes, chegando a ser considerado uma epidemia. O número de adultos com diabetes no mundo subirá de 135 milhões, em 1995, para 300 milhões até o ano 2025. Este aumento numérico acontecerá principalmente em países em desenvolvimento. Haverá um aumento de 42%, de 51 milhões a 72 milhões, nos países desenvolvidos, e um aumento de 170%, de 84 milhões a 228 milhões, nos países em desenvolvimento. Assim, antes do ano 2025, 75% das pessoas com diabetes residirão em países em desenvolvimento, em comparação com o índice de 62% em 1995 (WHO, 2003).

A campanha nacional de detecção de *diabetes mellitus* (DM), realizada no Brasil em 2001, detectou que em 70 milhões de pessoas avaliadas, ou seja, 71% da população-alvo, foram identificados 3,3 milhões de suspeitos de diabetes. Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, em todo o globo, 987.000 mortes no ano de 2002 ocorreram por conta do diabetes, representando 1,7% da mortalidade geral (BARBOSA; BARCELÓ; MACHADO, 2001).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias.

Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (IBGE, 2005). O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

CONCLUSÃO

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária)

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

A partir deste estudo, observa-se que garantir o vínculo e o tratamento adequado as pessoas com *diabetes mellitus*, contribui para melhoria das condições de saúde dos pacientes, portanto é preciso que algumas ações de saúde sejam estabelecidas, tais como: oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa; encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio

cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado; avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes; e explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado, podem contribuir no tratamento.

O apoio da família e dos amigos (rede de apoio) é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento. O portador de DM deve estar sensibilizado sobre a importância de se promover saúde para melhorar sua vida cotidiana.

Nesse caso, a promoção de saúde não se refere à busca de subsídios para que a doença não se estabeleça, uma vez que no portador de DM ela já se instalou; o enfoque, neste caso, refere-se à importância de que o diabético se conscientize que é possível levar uma vida saudável e normal quando se é portador de uma doença crônica.

Nesse sentido, a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para o diabético, mas também para aqueles que estão ao seu redor, evitando assim que indivíduos predispostos ao diabetes desenvolvam também a doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. **Políticas públicas e organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.). Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP. 2001. p.13-50.

BARBOSA, R. B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, C. A. Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de *diabetes mellitus* no Brasil: relatório preliminar. ***Rev Panam Salud Publica*****,** 2001; 10 (5):328-333.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, 2004.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social**. 2º Ed. São Paulo: Editora Afiliada, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN. P. A. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 248 p.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. **Concepções sobre a saúde e a doença**. In: Soares DA, Cordoni Junior L, Andrade SM. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL; 2001, p.1-25.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W H. **Global burden of diabetes, 1995-2025**. Diabetes Care 1998; 21:1414-1431.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V.. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica**. Belo Horizonte: UFMG, 1980.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____**. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, Aug. 1995.

SCLIAR M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9. n. 3, p. 349-364, jul/set., 1993.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. 2003; n. 27: 257-77.

World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report WHO Consultation. Geneva: WHO; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

World Health Organization. **The World Health Report 2003**. Geneva: WHO; 2003.